



VSTUPNÝ ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

Odpovede na nižšie uvedené otázky umožnia terapeutovi rýchlu orientáciu a veľmi mu uľahčia cestu k správne nasadeniu proteínovej diéty MEDIDIET®.

Prosíme preto o jeho starostlivé a objektívne vyplnenie!

I. OSOBNÉ ÚDAJE

Vaše meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Kontaktná adresa:

Kontaktný telefón (najlepšie mobilný):

E-mail:

Zamestnanie:

Vaša výška v cm: Vaša hmotnosť v kg:

Vami stanovený hmotnostný cieľ:

Odoslaný(á) kým:

O proteínových (bielkovinových, ketogénnych) diétach ste sa dozvedel(a) od/z:

.....

II. ÚDAJE VO VZŤAHU K REDUKCII HMOTNOSTI

➔ Počet pokusov o redukciu telesnej hmotnosti v minulosti (napr.: 1x, 5x, 10x, mnohokrát):

..... Posledný pokus (rok):

- ➔ Spôsob chudnutia, ktorý ste už v minulosti skúsil(a):
- | | Áno | Nie |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Anorektiká (lieky „proti tučnobe“): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ V prípade kladnej odpovede spresnite: | | |
| Sibutramín (Reductil®) - | | |
| - dnes už pozastavená registrácia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orlistat (Xenical®, Alli®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rimonabant (Acomplia®) - | | |
| - dnes už pozastavená registrácia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Iné: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nízkoenergetické (hypokalorické) diéty (vo forme instantných jedál): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ V prípade kladnej odpovede spresnite aký druh (značku): | | |
| | | |
| • Úprava stravovacích návykov (napr. delená strava, krabičková diéta, atď): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ V prípade kladnej odpovede spresnite aký druh (značku): | | |
| | | |
| • Proteínová (bielkovinová) diéta (iná než MEDIDIET®): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ V prípade kladnej odpovede spresnite aký druh (značku): | | |
| | | |
| • Chirurgické zákroky („bariatrická“ chirurgia): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ V prípade kladnej odpovede spresnite: | | |
| Liposukcia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krúžok na žalúdok | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sleeve gastrektómia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Iné: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Iné (vyššie neuvedené) typy redukčných techník, ktoré ste vyskúšal(a): | | |
| ○ V prípade kladnej odpovede spresnite: | | |
| | | |
| | | |
| | | |

III. VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÉ ÚDAJE VO VZŤAHU K PACIENTOVI A K POKRVNÝM PRÍBUZNÝM

- RODINNÍ PRÍSLUŠNÍCI

- Otec

rok narodenia, vážne choroby, zamestnanie:

.....

.....

- Matka

rok narodenia, vážne choroby, zamestnanie:

.....

.....

- Súrodenci

rok narodenia, vážne choroby, zamestnanie:

.....

.....

.....

- Vlastné deti

rok narodenia, vážne choroby, zamestnanie:

.....

.....

.....

◦ Bol v rodine niekto sledovaný kvôli psychiatrickému ochoreniu? Áno Nie

V prípade kladnej odpovede spresnite kto a prečo:

.....

- PACIENT – DETSTVO

◦ Detské ochorenia (mimo bežných), závažnejšie choroby v detstve: Áno Nie

V prípade kladnej odpovede spresnite:

.....

◦ Závažnejšie operácie: Áno Nie

V prípade kladnej odpovede spresnite a doplňte rok:

.....

◦ Úrazy (mimo bežných): Áno Nie

V prípade kladnej odpovede spresnite a doplňte rok:

.....

◦ Alergie: Áno Nie

V prípade kladnej odpovede spresnite, na čo ste alergický(á):

.....

◦ Iné vážnejšie zdravotné problémy v detstve: Áno Nie

V prípade kladnej odpovede spresnite:

.....

- | • PACIENT – SÚČASNÝ ZDRAVOTNÝ STAV | Áno | Nie |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ○ Liečite sa na niečo dlhodobo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V prípade kladnej odpovede spresnite: | | |
| | | |
| | | |
| ○ Užívate dlhodobo nejaké lieky? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V prípade kladnej odpovede spresnite aké a na čo:..... | | |
| | | |
| ○ Mal(a) ste niekedy problém s obličkami? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V prípade kladnej odpovede spresnite: | | |
| | | |
| ○ Mal(a) ste niekedy problém s pečeňou? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V prípade kladnej odpovede spresnite: | | |
| | | |
| ○ Mal(a) ste niekedy problém so žľazou? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V prípade kladnej odpovede spresnite: | | |
| | | |
| ○ Mal(a) ste niekedy problém so štítnou žľazou? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V prípade kladnej odpovede spresnite: | | |
| | | |
| ○ Máte problém s vysokým tlakom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V prípade kladnej odpovede spresnite: | | |
| | | |
| ○ Prekonal(a) ste niekedy srdcovú slabosť, infarkt, stav bezvedomia a podobne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V prípade kladnej odpovede spresnite typ a rok:..... | | |
| | | |
| ○ Prekonal(a) ste v dospelosti závažný úraz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V prípade kladnej odpovede spresnite typ a rok:..... | | |
| | | |
| ○ Bol(a) ste v dospelosti hospitalizovaný(á)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V prípade kladnej odpovede spresnite dôvod a rok: | | |
| | | |
| ○ Liečil(a) ste sa niekedy na psychiatrii? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V prípade kladnej odpovede spresnite s čím, kedy a ako dlho: | | |
| | | |
| | | |
| • PACIENTKY – DOPLNKOVÉ OTÁZKY PRE ŽENY | | |
| ○ Užívate hormonálnu antikoncepciu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. BLIŽŠIE INFORMÁCIE O PACIENTOVI

- | | Áno | Nie |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Prečo chcete zredukovať svoju hmotnosť? | | |
| ○ zo zdravotných dôvodov | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ z estetických dôvodov | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Pribral(a) ste výrazne za posledný rok? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V prípade kladnej odpovede skúste vysvetliť, prečo k tomu prišlo: | | |
| | | |
| • Vaše stravovacie návyky | | |
| ○ ste skôr na sladké? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ ste skôr na slané? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ máte rád(a) tučné a vyprážené jedlá? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ keď dostanete na jedenie niečo, čo máte rád(a), dokážete sa toho najesť až do pocitu na zvracanie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ zajedáte stresy (používate jedlo na upokojenie a potlačenie nervozity)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ prebúdza vás v noci hlad, ktorý vás prinúti vstať a ísť sa najesť? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ fajčíte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V prípade kladnej odpovede spresnite čo (klasické, elektronické cigarety, cigary atď.) a koľko za deň: | | |
| | | |
| ○ pijete alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V prípade kladnej odpovede spresnite aký (pivo, víno, destiláty,...) a ako často (príležitostne, pravidelne, denne): | | |
| | | |
| ○ máte osobnú skúsenosť s inými návykovými látkami (marihuana, extáza, pervitín, heroín, lysohlávky, kokaín, atď.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V prípade kladnej odpovede spresnite, o aký typ drogy ide a ako často ju užívate, respektíve kedy ste s drogami prestal(a): | | |
| | | |
| ○ dávate pri nakupovaní pozor na to, čo kupované potraviny obsahujú? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ dávate prednosť biopotravinám? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Vaša pohybová aktivita | | |
| ○ máte kladný vzťah k pohybovej aktivite? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ máte nejaké zdravotné obmedzenia, ktoré by vás z pohybovej aktivity vylučovali? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V prípade kladnej odpovede spresnite, o aký typ obmedzenia ide: | | |
| | | |
| ○ cvičíte pravidelne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V prípade kladnej odpovede spresnite, o aký typ telesnej aktivity ide a koľkokrát do týždňa sa jej venujete: | | |
| | | |

V. KONTRAINDIKÁCIE PROTEÍNOVEJ DIÉTY MEDIDIET®

Bielkovinová diéta MEDIDIET® je v rukách skúseného nutričného terapeuta a lekára **úplne bezpečným nástrojom k redukcii telesnej hmotnosti**. Napriek tomu existujú niektoré ochorenia či stavy, pri ktorých ju nemožno nasadiť. Ide najmä o:

- Tehotenstvo, dojčenie
- Diabetes („cukrovka“)
- Detský vek (diéta je určená len pre dospelých jedincov)
- Závažné psychiatrické ochorenia ako poruchy príjmu potravy (mentálna anorexia)
- Ochorenia pečene
- Ochorenia obličiek
- Srdcové ochorenia
- Poruchy metabolizmu minerálov
- Poruchy krvnej zrážanlivosti
- Žlčnikové kamene
- Metabolické ochorenia (napríklad fenylketonúria, dna, a iné)
- Alergia na niektorú zložku diétného prípravku (vždy si pozorne prečítajte príbalovú informáciu, kde sú deklarované prítomné potravinové alergény).

Preštudujte si starostlivo zoznam ochorení, pri ktorých je použitie bielkovinovej diéty striktné zakázané. V prípade nejasností sa poraďte so svojim terapeutom alebo využite našu online poraďu na www.medidiet.sk. Svojim podpisom v závere dotazníka **potvrďujete, že ste s kontraindikáciami boli oboznámení pred nasadením proteínovej diéty!**

VI. INFORMOVANÝ SÚHLAS, SÚHLAS SO ZASIELANÍM INFORMÁCIÍ A NOVINIEK

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Chcete byť pravidelne informovaný(á) o novinkách | Áno | Nie |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ◦ V prípade kladnej odpovede zvolte spôsob: | | |
| e-mailom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| poštou | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Svojim podpisom potvrdzujete, že ste bol(a) seriózne zoznámený(á) s princípom, indikáciami a kontraindikáciami bielkovinovej diéty MEDIDIET® a súčasne deklaruje, že vyplnené údaje sú úplné a zodpovedajú skutočnosti.

vdňa..... podpis klienta

↓ vyplňuje terapeut ↓

Výsledky vstupného fyzikálneho vyšetrenia:

- Výška:..... Hmotnosť:
- BMI:..... % tukového tkaniva v organizme:
- Viscerálny tuk:..... TK:
- Počet kg k redukcii: Ordinovaná fáza:
- Obmedzenia:.....

EKG krivka a výsledky laboratórnych vyšetrení (biochémia, hematológia, moč) – viď príloha

v.....dňa..... podpis terapeuta