Dyt. Baran Varan BESLENME DEĞERLENDİRME FORMU

KİŞİSEL BİLGİLER Tarih:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adınız Soyadınız | : |  | Medeni Durum | : |  |
| Cinsiyet | : |  | Meslek | : |  |
| Doğum Tarihi | : |  | E-Posta | : |  |
| Kilo (Kg) | : |  | Cep Numaranız | : |  |
| Boy (cm) | : |  | Şehir/Ülke | : |  |

**TANISI KONULMUŞ HASTALIĞINIZ**

* Yok
* Var ise …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**DÜZENLİ KULLANDIĞINIZ İLAÇ(LAR)**

* Yok
* Var ise …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**İDRAR** **SÖKTÜRÜCÜ/LAKSATİF/ZAYIFLAMA İLACI/KUSMA ÖYKÜSÜ**

* Yok
* Var ise …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**GEÇİRDİĞİNİZ İŞLEM AMELİYAT**

* Yok
* Var ise …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**GÜNLÜK UYKU DÜZENİ(SAATLERİYLE)**

* Yok
* Var ise …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**BESİN ALERJİSİ(LERİ)**

* Yok
* Var ise …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**REGL DÜZENİNİZ (sadece kadınlar için)**

* Yok
* Var ise …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**GEBELİK / EMZİKLİLİK DURUMU (sadece kadınlar için)**

* Yok
* Var ise …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**SİNDİRİM SİSTEMİ**

Düzenli tuvalet alışkanlığınız:

* Yok
* Var ise …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Sindirim sistemi probleminiz: (kabızlık, ishal, reflü, gastrit, bulantı, yutma güçlüğü)

* Yok
* Var ise …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Yediğinizde midenize rahatsızlık veren herhangi bir yiyecek veya içecek:

* Yok
* Var ise …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**ALIŞKANLIKLARINIZ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Öğün Düzeni (öğün sayınızı yazınız) | : | * Yok
 | * Var ……………………………………………………………………
 |
| Atlanan Öğün | : | * Yok
 | * Var ……………………………………………………………………
 |
| Ara Öğün Alışkanlığı | : | * Yok
 | * Var ……………………………………………………………………
 |
| Atıştırma Alışkanlığı | : | * Yok
 | * Var ……………………………………………………………………
 |
| Hızlı Yemek Yeme Alışkanlığı | : | * Yok
 | * Var ……………………………………………………………………
 |
| Gece Yemek Yeme Alışkanlığı | : | * Yok
 | * Var ……………………………………………………………………
 |
| Vazgeçilmez Besin | : | * Yok
 | * Var ……………………………………………………………………
 |
| Tüketmediğiniz Besin | : | * Yok
 | * Var ……………………………………………………………………
 |
| Dışarıdan Yemek Yeme Alışkanlığı | : | * Yok
 | * Var ……………………………………………………………………
 |
| Yemek Hazırlama Alışkanlığı | : | * Yok
 | * Var ……………………………………………………………………
 |
| Çiğneme Süreniz | : | * Hızlı
 | * Yavaş …………………………………………………………………
 |

Psikolojik durumunuz beslenmeyi etkiler mi? Evet ise hangi durumlarda tetiklendiğinizi düşünüyorsunuz?

* Hayır
* Evet ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Fast-Food Türü Besinler Tüketme Sıklığınız Nedir?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Hiç
 | * Ayda 1
 | * Haftada 1
 |
| * Haftada 2-4
 | * Haftada 4-6
 | * Her gün
 |

**GÜNLÜK TÜKETİM MİKTARLARI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Su | : | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Çay / Kahve | : | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Maden Suyu | : | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Asitli İçecekler | : | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Şeker | : | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Tatlandırıcı | : | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Alkol | : | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

**KİLO ALMA / VERME ÖYKÜSÜ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ne Zaman Kilo Almaya/Vermeye Başladınız? | : | ………………………………………………………………………… |
| Şu Ana Kadar Görülen En Yüksek / En Düşük Kilonuz? | : | ………………………………………………………………………… |
| Kilo Alma / Verme Sebebiniz Sizce Nedir? | : | ………………………………………………………………………… |
| Daha Önce Uygulanan Diyet Programı / Süresi / Sonuç? | : | ………………………………………………………………………… |
| Geri Alındıysa / Verildiyse Kaç Kilo? | : | ………………………………………………………………………… |
| Hedeflediğiniz Kilo Nedir? | : | ………………………………………………………………………… |

**FİZİKSEL AKTİVİTE ÖYKÜNÜZ**

Düzenli Olarak Yaptığınız Bir Fiziksel Aktivite Var Mı? Sıklığı Nedir?

* Yok
* Var

Fiziksel Aktivite Yapmanıza Engel Bir Sağlık Sorununuz Var Mı?

* Yok
* Var
* Birlikte başlayacağımız diyete olan motivasyonunuzu puanlarsanız eğer 10 üzerinden kaç olur?

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Diyette en çok özleyeceğinizi düşündüğünüz yiyecek(ler) nelerdir?

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Diyet yaparken sizi en çok motive eden şey nedir?

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Yukarıdaki bilgilerin dışında belirtmek istediğiniz herhangi bir şey varsa lütfen belirtiniz.

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….