

**Dzień 1, data .....**

Godzina pobudki.....

Godzina położenia się spać.....

Rodzaj posiłku	Godzina i miejsce spożycia posiłku	Charakterystyka posiłku (składniki, rodzaj obróbki, np. smażone)	Uwagi (np. samopoczucie po posiłku)
I śniadanie			
II śniadanie			
Obiad			
Podwieczorek			
Kolacja			
Przekąski			
Suplementy/ leki/ aktywność fizyczna			

Psychoterapia & Doradztwo Żywnościowe Aleksandra Swierkosz

www.aleksandraswierkosz.com \_tel. / WhatsApp DE +49 160 968 88 678 , e-mail: [info@aleksandraswierkosz.com](mailto:info@aleksandraswierkosz.com)

**Dzień 2, data .....**

Godzina pobudki .....

Godzina położenia się spać .....

Rodzaj posiłku	Godzina i miejsce spożywania posiłku	Charakterystyka posiłku (składniki, rodzaj obróbki, np. smażone)	Uwagi (np. samopoczucie po posiłku)
I śniadanie			
II śniadanie			
Obiad			
Podwieczorek			
Kolacja			
Przekąski			
Suplementy/leki/aktywność fizyczna/inne uwagi			

**Dzień 3, data .....**

Godzina pobudki .....

Godzina położenia się spać .....

Rodzaj posiłku	Godzina i miejsce spożywania posiłku	Charakterystyka posiłku (składniki, rodzaj obróbki, np. smażone)	Uwagi (np. samopoczucie po posiłku)
I śniadanie			
II śniadanie			
Obiad			
Podwieczorek			
Kolacja			
Przekąski			
Suplementy/leki/aktywność fizyczna/inne uwagi			

## Jak uzupełnić dzienniczek żywieniowy?

- Przede wszystkim zgodnie z prawdą, szczerze – ta wiedza jest bardzo potrzebna. Na jej podstawie ustalimy kolejne etapy działania.
- Staraj się nie uzupełniać dzienniczka pod koniec dnia z pamięci, rób to regularnie, najlepiej zaraz po posiłku. Zapewniam Cię, że pod koniec dnia zapomnisz o dodatkowym ciastku, garści orzeszków czy kilku łykach słodkiego napoju. Notuj wszystko i na bieżąco.
- Twoje uwagi dotyczące samopoczucia są dla mnie bardzo ważne. Czy do posiłku siadasz w złym humorze? Na smutno? Czy oglądasz telewizję w trakcie jedzenia? A może jesz w biegu, w samochodzie, przed komputerem w totalnym stresie. Zapisuj tego typu spostrzeżenia.
- Możesz zapisywać konkretne nazwy produktów, firmy, nawet robić ich zdjęcia, jeśli chcesz.
- Dzienniczek możesz wydrukować i uzupełniać ręcznie, możesz też przesać do mnie mailem na adres [info@aleksandraswierkosz.com](mailto:info@aleksandraswierkosz.com) Jeśli robisz zdjęcia produktów lub potraw, również je wyślij. W tytule wiadomości wpisz imię, nazwisko i dopisek „dzienniczek żywieniowy”.
- Pamiętaj o szczerości i dokładności, tylko w ten sposób uda nam się szybko osiągnąć wyznaczony cel.



Aleksandra Swierkosz

Data wizyty:

Cel wizyty:

### KARTA WYWIADU MEDYCZNO - ŻYWIENIOWEGO

- Oświadczam, że udzielam wszystkich znanych mi informacji o moim stanie zdrowia.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Aleksandra Swierkosz Psychoterapia & Doradztwo Żywieniowe wyłącznie do celów prozdrowotnych.
- Wszystkie prawa do kopiowania oraz rozpowszechniania jakichkolwiek dokumentów otrzymanych od Aleksandra Swierkosz Psychoterapia & Doradztwo Żywieniowe wraz z grafikami są zastrzeżeniami dotyczącymi praw autorskich.**
1. dokumenty mogą być użyte wyłącznie informacyjnie oraz tylko do użytku osobistego i niekomercyjnego;
  2. dowolna kopia dokumentu lub jego część musi zawierać informacje o prawach autorskich oraz informacje te muszą zostać podane w identycznej formie;
  3. dokumenty nie mogą być w jakikolwiek sposób modyfikowane;

Data

Podpis pacjenta

Imię i nazwisko: .

Data urodzenia:

Płeć i grupa krwi:

Wzrost i waga ciała:

Z polecenia mojego pacjenta / pacjentki:

Kraj zamieszkania:

Dane adresowe do faktury:

Tel. / Whatsapp:

e-mail do kontaktu i przesłania dokumentacji:

Wykonywany zawód:

Godziny pracy:

Zwierzęta w domu:

#### RODZAJ WYKONYWANEJ PRACY:

- zmianowa
- firma + delegacje
- siedząco-jeżdżąco-stojąca
- umiarkowana (siedząca + kilka razy w tyg. sport)
- ciężka fizyczna
- tymczasowo nie pracuję zawodowo - urlop macierzyński
- emeryt / rencista

Psychoterapia & Doradztwo Żywieniowe Aleksandra Swierkosz

[www.aleksandraswierkosz.com](http://www.aleksandraswierkosz.com) tel. / WhatsApp DE +49 160 968 88 678 , e-mail: [info@aleksandraswierkosz.com](mailto:info@aleksandraswierkosz.com)



Aleksandra Swierkosz

### REAKCJA NA STRES

Mój stres jest: duży, średni, mały ( w jaki sposób go rozładowujesz - jedzeniem, alkoholem, snem, ruchem, a może w ogóle?)

Odczuwam problemy żołądkowo - jelitowe ( jakie i kiedy)

Mam trudności w skupieniu uwagi ( kiedy, jak często)

Mam lęki ( jakie, czego lub kogo dotyczą?)

Mam objawy depresyjne ( od kiedy?)

### STYL ŻYCIA

Mój rytm snu godz - godz -

Mam problemy z zasypianiem ( jakie ?)

Chrapię

Wybudzam się w nocy o godz

Poziom energii w ciągu dnia w skali 0 do 10 rano

Poziom energii w ciągu dnia w skali 0 do 10 wieczorem

Oddaję stolec - ile razy

Przeznaczam na ruch - godzin

Piję alkohol ile razy

Palę papierosy ile razy



Aleksandra Swierkosz

CHOROBY TOWARZYSZĄCE			
	Pacjent -tak	Tak, w rodzinie (kto i na co?)	NIE
choroba niedokrwienność serca, miażdżyca, zawały, udary mózgu			
nadciśnienie tętnicze			
choroby psychiczne (depresja, schizofrenia, nerwica)			
choroby onkologiczne			
cukrzyca / insulinooporność			
alergia pokarmowa / nietolerancja pokarmowa - na co?			
alergia wziewna ( pyłki, kurz )			
grzybica układowa			
kamica nerkowa			
kamica wątrobowa			
niedoczynność lub nadczynność tarczycy, Hashimoto			
pobyty szpitalne ( kiedy i na co? )			
zabiegi i operacje			
inne dolegliwości / choroby			



Aleksandra Swierkosz

Krótką historią obecnej choroby (kiedy się zaczęła, okoliczności, diagnoza, leczenie)

Zażywane leki / suplementy (rodzaj i dawkowanie)

Najczęściej spotykane oznaki świadczące o stanie zdrowia organizmu (proszę podkreślić, jeśli występują):

**1. Język**

- bruzda przez środek
- odciski zębów wokół brzegów języka (język karbowany lub pofalowany)
- bolący język
- piekący język
- nabrzmiaty język
- gruby biały nalot
- poziome rysy
- małe pęknięcia lub rowki
- gruby żółty nalot
- czerwony koniuszek języka

**2. Głowa**

- łupież

**3. Twarz**

- zmiany skórne (trądzik, wypryski innego pochodzenia)
- skłonność do rozszerzonych lub pękających naczynek

**4. Uszy**

- pęknięcia za uszami
- nadmierne wydzielanie woszczyzny z uszu, pęknięcia skóry za uszami

**5. Dłonie**

- łamliwe (rozwarstwiają się), wyszczerbiają się paznokcie
- białe plamki
- pęknięcia skóry wokół paznokci,
- spuchnięte palce lub obrzmiałe dłonie
- czerwona, łuszcząca się skóra na dłoniach

**6. Oczy**

- blade wnętrza dolnej powieki
- ciemne kręgi pod oczami

**7. Usta**

- pęknięcia w kącikach ust

**8. Kończyny (ręce, nogi)**

- bolesne miejsce na złączeniu barku z ramieniem
- niewielkie wypryski na ramionach
- skurcze w nogach
- żylaki
- popękane, suche pięty





Aleksandra Swierkosz

### 9. Żołądek

· wypełniony gazami, wrażliwy żołądek, w którym chwilami odczuwany jest ból, pieczenie (zgaga), problemy z połykaniem, przepuklina przełyku

### 10. Stolce

· tłuste stolce, które trudno spłukać · cuchnące stolce · brudzące stolce ( trzeba czyścić toaletę po spłukaniu )  
· stolec w formie bobków · jasne stolce · niestrawiona żywność w stolcu · ciągłe rozwolnienia · stolce w formie cienkich strzępów · świąd w okolicach odbytu

### 11. Mocz

· kłopoty z oddawaniem moczu · zbyt częste oddawanie moczu · nietrzymanie moczu

## WYWIAD ŻYWIENIOWY

Styl odżywiania	TAK	NIE
Stosowane diety w ciągu ostatnich 5 lat ( nazwy )		
Stosuję dietę wegetariańską lub wegańską		
W mojej diecie ryby pojawiają się (ile razy w tyg/mc)		
Moje posiłki często są zimne		
Jem w pośpiechu		

## MIEJSCE SPOŻYWANIA POSIŁKÓW:

### 1. dom

- sam/a przygotowuje sobie posiłki
- gotuje ktoś z domowników
- korzystam z gotowych potraw ( np.: pizza, pierogi, potrawy z puszki, torebki itp. )

### 2. bufet ( stołówka w pracy )

### 3. na mieście

- restauracje ( jaki rodzaj, jaka kuchnia )
- fast foody ( Mcdonald's, KFC, Pizza )

### Często mam ochotę na potrawy ( w skali 0-10):

- słodkie
- kwaśne
- ostre
- gorzkie
- słone

### Rodzaj i ilość płynów wypijanych dziennie:

- napoje słodzone nie gazowane, soki ( jakie ):
- napoje słodzone, gazowane ( np. coca cola, coca cola 0, sprite ):



Aleksandra Swierkosz

- energetyki ( jakie )
- kawa bez cukru / z cukrem
- herbata bez cukru / z cukrem
- woda mineralna gazowana / niegazowana:
- alkohol ( wino, wódka, koniak itp. ) jak często, ile i w jakich okolicznościach

**Słodziki:**

- tak ( jakie i jak często )
- nie

**Preparaty witaminowo-mineralne:**

- tak ( jakie, w jakiej dawce, dlaczego? )
- nie

**Efekty stosowanych diet:**

- jaka, jak długo, z jakim skutkiem
- nie, nigdy nie stosowałam/em

**Stosowane w ciągu 1 roku preparaty odchudzające / suplementy / leki:**

- tak ( jakie, kiedy, jak długo )
- nie

**Obróbka termiczna potraw ( proszę zaznaczyć najczęściej stosowane metody ):**

- gotowanie ( może jest parowar? )
- duszenie z obsmażaniem
- duszenie bez obsmażania
- pieczenie z dodatkiem tłuszczu
- pieczenie bez dodatku tłuszczu
- smażenie
- rożen, grill, ruszt
- kuchenka mikrofalowa

**Najbardziej nielubiane warzywa to:**

Ulubione warzywa:

Nielubiane owoce lub takie po których coś boli:

Ulubione owoce:

Nielubiane potrawy to lub takie po których coś boli):

Nieznane potrawy / składniki



Aleksandra Swierkosz

Umiejętności kulinarne ( co przychodzi łatwo a z czym najczęściej jest problem ):

Obiady na 2 dni:

Informacje dodatkowe:

Specjalne prośby:



Aleksandra Swierkosz

## KARTA KONSULTACJI PSYCHOTERAPIA

Wszystkie informacje zawarte w kwestionariuszu są objęte tajemnicą. Posłużą one wyłącznie do potrzeb konsultacji. Proszę wypełnić kwestionariusz w formie elektronicznej, zapisać go w .docx i przesać na adres podany do korespondencji.

Nazwisko:	Imiona:	Wiek:
Data urodzenia:	Miejsce urodzenia:	Godzina urodzenia:
Płeć:	Prawo-leworęczny:	
Daty urodzenia rodziców	Ojciec:	Matka:
Twój stan cywilny:	Data ślubu:	Ile lat:
	Data rozwodu:	
	Data kolejnego ślubu:	Ile lat:
Liczba dzieci:	Data urodzenia 1 dziecka:	
	Data urodzenia 2 dziecka:	
	Data urodzenia 3 dziecka:	
	Data urodzenia 4 dziecka:	
Wykształcenie		
Wykonywany zawód		

Dane kontaktowe	
Adres:	Telefon:
	Email:

Ile miałeś lat gdy stałeś się całkowicie niezależny pod względem finansowym i mieszkaniowym od swoich rodziców (dotyczy dorosłych)? **Bądź dokładny:**

Wiek:	Rok:	Miesiąc:
-------	------	----------

Twoja pozycja w rodzinie lub pozycja dziecka (numer według kolejności urodzenia z uwzględnieniem wszystkich dzieci nienarodzonych i aborcji)

Liczba poronień u Twojej Matki:		Liczba aborcji u Twojej Matki:	
Liczba poronień u Ciebie: ( podaj też przybliżoną datę lub Twój wiek )		Liczba aborcji u Ciebie: ( podaj też przybliżoną datę lub Twój wiek )	



Aleksandra Swierkosz

Co działo się w życiu Twoich rodziców (wypadki, utrata pracy, utrata bliskiej osoby, choroby, powódź, pożar, podróże itp.) gdy Twoja Mama była w ciąży z Tobą

Okoliczności Twojego poczęcia – co działo się w momencie, gdy Twoja Mama zaszła w ciążę?

Gdy Twoja Mama była z Tobą w ciąży – co działo się przez te 9 miesięcy?

Czy coś szczególnego wydarzyło się podczas porodu?

Co działo się w Twoim życiu podczas pierwszych 12 miesięcy Twojego życia?

#### WYDARZENIA Z TWOJEGO ŻYCIA

Wymień główne wydarzenia z Twojego życia (dramatyczne, traumatyczne, obawy, lęki, radosne, ważne, zabawne). Rozpocznij od teraźniejszości i cofaj się do czasu narodzin. Opisz wszystko co pamiętasz i co miało dla Ciebie znaczenie.

Zrób to na podstawie poniższych przykładów:

Wiek:	Data:	Zdarzenie:	Uczucia:
40 lat 2 miesiące	18.01.2014	Wypadek samochodowy	Lęk, strach o śmierć, bezsilność
28 lat 5 miesięcy	22.03.2002	Urodzenie 1 dziecka	Radość, euforia, szczęście



Aleksandra Swierkosz

Największy negatywny wstrząs w Twoim życiu:

Nagłe traumatyczne przeżycie:

Głęboki sekret nigdy nikomu nie wyjawiony?

### **HISTORIA CHORÓB**

**Podaj choroby i dolegliwości, które ci doskwierają.** Opisz szczegółowo rozpoczęcie choroby, czas trwania i postęp dolegliwości/choroby. Zaczynj od dolegliwości, które są według Ciebie najważniejsze.

Czy oprócz powyższych chorób masz inne, mniejsze dolegliwości? Jeśli tak opisz je poniżej:

Sen, zaburzenia snu i pozycja snu:

Sny (opisz jeśli pamiętasz):

Historia chorób w rodzinie (wymień wszystkie poważne choroby u rodziców i dziadków)

### **MENSTRUACJA (DOTYCZY KOBIET)**

Dolegliwości przed miesiączką i w trakcie miesiączki:



Aleksandra Swierkosz

### OSOBOWOŚĆ I ZACHOWANIE

Opisz swoją osobowość i charakter:

### STRES DOŚWIADCZANY W ŻYCIU

Aktualnie:

W przeszłości:

### GNIEW, ZŁOŚĆ LUB DRAŻLIWOŚĆ

W jaki sposób wyrażasz swój gniew / złość?

Co wyzwała w Tobie gniew ( osoba, sytuacja, jaki dźwięk )?

### LĘKI - CZEGO SIĘ BOISZ?

Jak wyraża się ten strach?

Czynniki wyzwalające lęki:



Aleksandra Swierkosz

**ZAINTERESOWANIA:**

**SYTUACJA RODZINNA:**

Sprawy finansowe:

Główne osiągnięcia w życiu i ich wpływ na Ciebie:

Główne rozczarowania w życiu i ich wpływ na Ciebie:

Osobowość, zachowanie i charakter jako dziecko i sytuacja rodzinna w dzieciństwie:

Relacja z rodzicami lub opiekunami w dzieciństwie:

Ważne wydarzenie w dzieciństwie, które wywarło na Ciebie wielki wpływ:

Najszczęśliwszy moment w życiu:

Najgorszy moment w Twoim życiu:





Aleksandra Swierkosz

**CEL KONSULTACJI I TWOJE OCZEKIWANIA PO TERAPII.** Opisz szczegółowo jakie są Twoje cele terapii. Zaczynij od tych najważniejszych.

*Oświadczam, że podane przez mnie powyżej informacje są zgodne ze stanem fizycznym.*

*Rozumiem, że każda konsultacja trwa 60 maksymalnie 90 minut.*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb konsultacji.*

*Wszystkie aspekty poufności zostaną omówione ze mną, a żadne dane osobowe nie zostaną przekazane bez mojej pisemnej zgody.*

Data

Podpis



Aleksandra Swierkosz

# LISTA BADAŃ

## OBOWIĄZKOWE

- Mocz badanie ogólne
- Morfologia krwi
- Rozmaz krwi
- OB
- Glukoza
- Elektrolity
- Lipidogram  
(Chol, HDL, LDL, TG)
- ALT
- ASPT
- Mocznik
- Kreatynina
- Kwas moczowy
- Biorezonans: stany zapalne, pasożyty, grzyby, bakterie, wirusy, nietolerancje i niedobory pokarmowe, obciążenia metalami ciężkimi.

## OPCJONALNE

- Lipaza
- Amylaza
- OGTT
- Homocysteina
- TSH
- FT3
- FT4
- Anty-TPO
- CRP
- Ferrytyna
- Wit B 12
- DHEA
- magnez
- wit D
- lit

Psychoterapia & Doradztwo Żywieniowe Aleksandra Swierkosz

[www.aleksandraswierkosz.com](http://www.aleksandraswierkosz.com)

tel. / WhatsApp DE +49 160 968 88 678 , e-mail: [info@aleksandraswierkosz.com](mailto:info@aleksandraswierkosz.com)



Aleksandra Swierkosz

# BLUTTESTS

Großes Blutbild  
Cholesterin Ges.  
HDL- Cholesterin  
LDL - Cholesterin  
Gamma-GT  
GOT  
GPT  
Kreatinin

Triglyzeride  
Harnsäure im Serum  
TSH  
Glucose  
Natrium  
Kalium  
Eisen  
Ferritin

Psychoterapia & Doradztwo Żywieniowe Aleksandra Swierkosz

[www.aleksandraswierkosz.com](http://www.aleksandraswierkosz.com)

tel. / WhatsApp DE +49 160 968 88 678 , e-mail: [info@aleksandraswierkosz.com](mailto:info@aleksandraswierkosz.com)