



VSTUPNÍ ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK MEDIDIET®

Odpovědi na níže uvedené dotazy umožní terapeutovi rychlou orientaci a velmi mu usnadní cestu ke správnému nasazení proteinové diety MEDIDIET®.

Prosíme proto o jeho pečlivé a objektivní vyplnění!

I. OSOBNÍ ÚDAJE

Vaše jméno a příjmení:

Datum narození:

Kontaktní adresa:

Kontaktní telefon (nejlépe mobilní):

E-mail:

Zaměstnání:

Vaše výška v cm: Vaše hmotnost v kg:

Vámi stanovený hmotnostní cíl:

Doporučen(a) kým:

O proteinových (bílkovinných, ketogenních) dietách jste se dozvěděl(a) od/z:

.....

II. ÚDAJE VE VZTAHU K REDUKCI HMOTNOSTI

➔ Počet pokusů o redukci tělesné hmotnosti v minulosti (např.: 1x, 5x, 10x, nesčetněkrát,...):

.....Poslední pokus (rok):

➔ Způsob hubnutí, který jste již v minulosti zkusil(a):	Ano	Ne
• Anorektika (léky „proti tloušťce“):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ V případě kladné odpovědi upřesněte:		
Sibutramin (Meridia®, Lindaxa®, atd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fentermin (Adipex®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orlistat (Xenical®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiné:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nízkoenergetické (hypokalorické) diety (ve formě instantních jídel):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ V případě kladné odpovědi upřesněte jaký druh (značku):		
.....		
• Úprava stravovacích návyků (např. dělená strava, krabičková dieta, atd):		
○ V případě kladné odpovědi upřesněte jaký druh (značku):		
.....		
• Proteinová (bílkovinná) dieta (jiná než MEDIDIET®):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ V případě kladné odpovědi upřesněte jaký druh (značku):		
.....		
• Chirurgické zákroky („bariatrická“ chirurgie):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ V případě kladné odpovědi upřesněte:		
Liposukce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kroužek na žaludek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sleeve gastrektomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiné:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jiné (výše neuvedené) typy redukčních technik, které jste vyzkoušel(a):		
○ V případě kladné odpovědi upřesněte:		
.....		
.....		
.....		

III. VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ ÚDAJE VE VZTAHU K PACIENTOVI A POKREVNÍM PŘÍBUZNÝM

- **RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI**

- **Otec**

rok narození, vážné choroby, zaměstnání

.....

.....

- **Matka**

rok narození, vážné choroby, zaměstnání

.....

.....

- **Sourozenci**

rok narození, vážné choroby, zaměstnání

.....

.....

.....

- **Vlastní děti**

rok narození, vážné choroby, zaměstnání

.....

.....

.....

◦ **Byl v rodině někdo sledován pro psychiatrické onemocnění?** Ano Ne

V případě kladné odpovědi upřesněte kdo a proč:

.....

- **PACIENT – DĚTSTVÍ**

◦ **Dětská onemocnění (mimo běžných), závažnější choroby v dětství:**

V případě kladné odpovědi upřesněte:

.....

◦ **Závažnější operace:**

V případě kladné odpovědi upřesněte a doplňte rok:.....

.....

◦ **Úrazy (mimo běžných):**

V případě kladné odpovědi upřesněte a doplňte rok:.....

.....

◦ **Alergie:**

V případě kladné odpovědi upřesněte, na co jste alergický(á):.....

.....

◦ **Jiné vážnější zdravotní problémy v dětství:**

V případě kladné odpovědi upřesněte:

.....

- | • PACIENT – SOUČASNÝ ZDRAVOTNÍ STAV | Ano | Ne |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ○ Léčíte se s něčím dlouhodobě? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V případě kladné odpovědi upřesněte: | | |
| | | |
| | | |
| ○ Užíváte dlouhodobě nějaké léky? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V případě kladné odpovědi upřesněte jaké a na co: | | |
| | | |
| ○ Měl(a) jste někdy problém s ledvinami? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V případě kladné odpovědi upřesněte: | | |
| | | |
| ○ Měl(a) jste někdy problém s játry? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V případě kladné odpovědi upřesněte: | | |
| | | |
| ○ Měl(a) jste někdy problém se žlučníkem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V případě kladné odpovědi upřesněte: | | |
| | | |
| ○ Měl(a) jste někdy problém se štítnou žlázou? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V případě kladné odpovědi upřesněte: | | |
| | | |
| ○ Máte problém s vysokým tlakem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V případě kladné odpovědi upřesněte: | | |
| | | |
| ○ Prodělal(a) jste někdy
srdeční slabost, infarkt, stav bezvědomí a podobně? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V případě kladné odpovědi upřesněte typ a rok: | | |
| | | |
| ○ Prodělal(a) jste v dospělosti závažný úraz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V případě kladné odpovědi upřesněte typ a rok: | | |
| | | |
| ○ Byl(a) jste v dospělosti hospitalizován(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V případě kladné odpovědi upřesněte důvod a rok: | | |
| | | |
| ○ Léčil(a) jste se někdy na psychiatrii? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V případě kladné odpovědi upřesněte s čím, kdy a jak dlouho: | | |
| | | |
| | | |
| • PACIENTKY – DOPLŇKOVÉ DOTAZY PRO ŽENY | | |
| ○ Užíváte hormonální antikoncepci? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. BLIŽŠÍ INFORMACE O PACIENTOVI

- | | Ano | Ne |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Proč chcete zredukovat svoji hmotnost? | | |
| ○ ze zdravotních důvodů | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ z estetických důvodů | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Přibral(a) jste výrazně za poslední rok? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V případě kladné odpovědi zkuste vysvětlit, proč k tomu došlo: | | |
| | | |
| • Vaše stravovací návyky | | |
| ○ jste spíše na sladké? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ jste spíše na slané? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ máte rád(a) tučná a smažená jídla? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ když dostanete k jídlu něco, co máte rád(a), dokážete se toho najíst až do pocitu na zvracení? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ zajíkáte stresy (používáte jídlo k uklidnění a potlačení nervozity)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ probouzí vás v noci hlad, který vás přinutí vstát a jít se najíst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ kouříte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V případě kladné odpovědi upřesněte co (klasické, elektronické cigarety, doutníky, atd.) a kolik za den:..... | | |
| | | |
| ○ pijete alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V případě kladné odpovědi upřesněte jaký (pivo, víno, destiláty,) a jak často (příležitostně, pravidelně, denně,...): | | |
| | | |
| ○ máte osobní zkušenost s jinými návykovými látkami (marihuana, extáze, pervitin, heroin, lysohlávky, kokain, atd.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V případě kladné odpovědi upřesněte, o jaký typ drogy se jedná a jak často ji užíváte, respektive kdy jste s drogami přestal(a):..... | | |
| | | |
| ○ dáváte při nakupování pozor na to, co kupované potraviny obsahují? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ dáváte přednost biopotravinám? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Vaše pohybová aktivita | | |
| ○ máte kladný vztah k pohybové aktivitě? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ máte nějaké zdravotní omezení, které by vás z pohybové aktivity vylučovalo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V případě kladné odpovědi upřesněte, o jaký typ omezení se jedná:..... | | |
| | | |
| ○ cvičíte pravidelně? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V případě kladné odpovědi upřesněte, o jaký typ tělesné aktivity se jedná a kolikrát týdně se jí věnujete:..... | | |
| | | |

V. KONTRAINDIKACE PROTEINOVÉ DIETY MEDIDIET®

Bílkovinná dieta MEDIDIET® je v rukách zkušeného nutričního terapeuta **zcela bezpečným nástrojem k redukci tělesné hmotnosti**. Přesto existují některá onemocnění či stavy, ve kterých jí nasadit nelze. Jde zejména o:

- Těhotenství, kojení
- Diabetes („cukrovka“)
- Dětský věk (dieta je určena jen pro dospělé jedince)
- Závažná psychiatrická onemocnění, zejména z okruhu poruch příjmu potravy (mentální anorexie)
- Onemocnění jater
- Onemocnění ledvin
- Onemocnění srdce
- Poruchy metabolismu minerálů
- Poruchy krevní srážlivosti
- Žlučnickové kameny
- Metabolická onemocnění (například fenylketonurie, dna, a další)
- Alergie na některou složku dietního přípravku (vždy si pozorně přečtěte příbalovou informaci, kde jsou deklarované obsažené potravinové alergen)

Prostudujte si pečlivě seznam onemocnění, u kterých je použití bílkovinné diety striktně zakázáno. V případě nejasností se poraďte se svým terapeutem nebo využijte **bezplatnou infolinku 800 800 820**. Svým podpisem na závěr dotazníku **potvrzujete, že jste s kontraindikacemi byli seznámeni před nasazením proteinové diety!**

VI. INFORMOVANÝ SOUHLAS, SOUHLAS SE ZASÍLÁNÍM INFORMACÍ A NOVINEK

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Chcete být pravidelně informován(a) o novinkách v oblasti bílkovinných diet, nutriční medicíny, biopotravin a zdravého stravování? | Ano | Ne |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ V případě kladné odpovědi zvolte způsob: | | |
| e - mailem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| poštou | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Svým podpisem potvrzujete, že jste byl(a) řádně seznámen(a) s principem, indikacemi a kontraindikacemi bílkovinné diety MEDIDIET® a současně deklaruje, že vyplněné údaje jsou úplné a odpovídají skutečnosti.

vdne podpis klienta

.....**↓ vyplňuje terapeut ↓**.....

Výsledky vstupního fyzikálního vyšetření:

- Výška:..... Hmotnost:
- BMI:..... % tukové tkáně v organismu:.....
- Viscerální tuk:..... TK:
- Počet kg k redukci:..... Ordinovaná fáze:
- Omezení:

EKG křivka a výsledky laboratorních vyšetření (biochemie, hematologie, moč) - viz příloha

v.....dne podpis terapeuta