**DİYETİSYEN ELİF TEKBAŞ ONLINE BESLENME VE DİYET DANIŞMANLIĞI**

**BİLGİ VE DEĞERLENDİRME FORMU**

|  |
| --- |
| KİŞİSEL BİLGİLERİNİZ |
| Ad – Soyad |  |
| Yaş |  |
| Cinsiyet |  |
| Vücut Ağırlığı |  |
| Boy Uzunluğu |  |
| Meslek |  |
| Telefon Numarası |  |
| Şehir / Ülke |  |

**Tanısı Konulmuş Hastalığınız: Birinci Derece Akrabanızda Kronik Hastalık:**

Yok Var: ………………………………… Yok Var: ………………………………

**Düzenli Kullandığınız İlaç/İlaçlar: Ameliyat/Operasyon Geçmişi:**

Yok Var: ………………………………… Yok Var: ………………………………

**Besin Alerjisi/Alerjileri:**

YokVar: …………………………………**……………………………………………………………………………………**

**İdrar Söktürücü/Laksatif/Zayıflama İlacı/Kusma Öyküsü:**

 Yok Var: ………………………..……………………………………………………………………………………………….

**Günlük Uyku Düzeniniz: Regl Düzeniniz (Kadınlar için):**

Yok Var: ………………………………… Yok Var: ………………………………

**Düzenli Tuvalet Alışkanlığınız:**

Yok Var: …………………………………………………………………………………………………………………………

**Sindirim Sistemi Probleminiz: (Kabızlık, İshal, Ülser, Reflü, Bulantı, Yutma Güçlüğü):**

Yok Var: …………………………………………………………………………………………………………………………

**Yediğinizde Midenize Rahatsızlık Veren Bir Yiyecek veya İçecek Var Mı?**

Yok Var: …………………………………………………………………………………………………………………………

**ALIŞKANLIKLARINIZ**

**Öğün Düzeni:**

Yok Var: ………………………………………………………………………………………………………………………

**Atlanan Öğün:**

Yok Var: ………………………………………………………………………………………………………………………

**Ara Öğün Alışkanlığı:**

Yok Var: ………………………………………………………………………………………………………………………

**Atıştırma Alışkanlığı:**

Yok Var: ………………………………………………………………………………………………………………………

**Olmazsa Olmaz Dediğiniz Besin:**

Yok Var: ………………………………………………………………………………………………………………………

**Tüketmediğiniz Besin:**

Yok Var: ………………………………………………………………………………………………………………………

**Dışarıda Yemek Yeme veya Fast Food Alışkanlığı:**

Yok Var: ………………………………………………………………………………………………………………………

**Gece Yeme Alışkanlığı:**

Yok Var: ………………………………………………………………………………………………………………………

**Psikolojik Durumunuz Yeme Durumunuzu Etkiler mi? Besinleri Çiğneme Hızınız:**

Evet Hayır Hızlı Yavaş

**Sigara Alışkanlığı: Alkol Alışkanlığı:**

Yok Var Yok Var

**Çay/Kahve Alışkanlığı:**

Yok Var (miktarını belirtiniz): ………………………………………………………………………………………..

**Asitli İçecek Alışkanlığı:**

Yok Var (miktarını belirtiniz): ………………………………………………………………………………………..

**Günlük İçilen Su Miktarı:**

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

**Fiziksel Aktivite / Spor Alışkanlığı:**

Yok Var (sıklığını belirtiniz): ……………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| KİLO ALMA VEYA VERME ÖYKÜNÜZ |
| 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? |  |
| Kilo Geri Alındıysa / Verildiyse Kaç Kg? |  |
| Hedeflediğiniz Vücut Ağırlığı Nedir? |  |

**Diyet Yaparken Sizi En Çok Motive Eden Şey Nedir?**

**Diyette En Çok Özleyeceğinizi Düşündüğünüz Besin(ler) Nedir?**

**Beslenme Planınızı / Nasıl Beslendiğinizi Kısaca Anlatır Mısınız?**

**Yukarıdaki Bilgiler Dışında Belirtmek İstediğiniz Herhangi Bir Şey Varsa Lütfen Belirtiniz:**