



Διεύθυνση, Περιοχή, Τ.Κ. xxx xx | Τηλ.: xxx xx xx xxx | Φαξ: xxx xx xx xxx
e-mail: example@gmail.com | www.site.gr



Καρτέλα πελάτη

Ημερομηνία: xx/xx/xxxx

Ονοματεπώνυμο:

Ηλικία:

Για ποιο λόγο είστε εδώ;

Ποιος είναι ο στόχος σας;

Συνθήκες διαβίωσης

Απασχόληση:

Ώρες εργασίας:

Οικογενειακή κατάσταση:



Ιατρικό Ιστορικό

Προβλήματα υγείας	Έτος διάγνωσης	Σχετικές εργαστηριακές τιμές	Αγωγή	Σχόλια

Χειρουργική επέμβαση

Κληρονομικότητα για κάποια πάθηση

Καπνίζετε;



Φαρμακευτική Αγωγή

Άλλα φάρμακα – Συμπληρώματα	Τύπος σκευάσματος (π.χ. χάπι/σιρόπι)	Σχετικές εργαστηριακές τιμές



Διεύθυνση, Περιοχή, Τ.Κ. xx xx | Τηλ.: xxx xx xx xxx | Φαξ: xxx xx xx xxx
e-mail: example@gmail.com | www.site.gr



Διατροφή

Ανάκληση 24ώρου

Ημέρα: xx/xx/xxxx



Πρωινό

Δεκατιανό

Μεσημεριανό

Απογευματινό

Βραδινό

Προ ύπνου

Ήταν μια τυπική – αντιπροσωπευτική ημέρα;

Ναι



Όχι



Γενικές Διατροφικές Συνήθειες



Πόσα γεύματα κάνετε συνήθως;

Σε μία μέρα και ποια είναι αυτά;

Καταναλώνετε πρωινό;

Και εάν ναι πόσες ημέρες/εβδομάδα;

Το πρωινό σας τι περιλαμβάνει συνήθως;

(π.χ. γάλα με δημητριακά ολικής άλεσης και ένα φρούτο)

Τόπος κατανάλωσης:

(π.χ. σπίτι/ εργασία)

Τυχαίνει να μέινετε αρκετές ώρες νηστικός/ή;

Και εάν ναι, πόσο συχνά;

Ποιος ετοιμάζει τα γεύματα στο σπίτι;

(π.χ. εσείς, η/ο σύζυγος, η μητέρα κ.α.)

Πώς είναι συνήθως μαγειρεμένο το φαγητό;

(π.χ. τηγανητό, ψητό, φούρνου)

Χρησιμοποιείτε μεγάλη ποσότητα ελαιόλαδου;

Το υπολογίζετε με κ. γλυκού ή με φλιτζάνι;

Ποιος κάνει τα ψώνια στο σπίτι;

Διαβάζετε τις ετικέτες τροφίμων και εάν ναι, τι προσέχετε;



Διεύθυνση, Περιοχή, Τ.Κ. xxx xx | Τηλ.: xxx xx xx xxx | Φαξ: xxx xx xx xxx
e-mail: example@gmail.com | www.site.gr



Ημερολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων FFO

	>3 φ/ ημέρα	1-2 φ/ ημέρα	3-5 φ/ εβδ.	1-2 φ/ εβδ.	2-3 φ/ μήνα	Σπάνια ή ποτέ	Σχόλια
Γαλακ/μικά							
Τυρί							
Αυγό							
Φρούτα							
Λαχανικά							
Δημητριακά*							
Ζυμαρικά*							
Ψωμί*							
Όσπρια							
Λαδερά							
Κρέας							
Κόκκινο							
Κρέας λευκό							
Ψάρι							
Θαλασσινά							
Ξηροί καρποί							
Γλυκά							
Delivery							

* Επιλέγετε τροφές ολικής άλεσης;

Δημητριακά πρωινού, ζυμαρικά, ρύζι

Πόσο συχνά καταναλώνετε τηγανιτά τρόφιμα;

Δυσανεξίες/ Αλλεργίες/ Αποστροφές

Προτιμήσεις

Πρόσληψη Υγρών



Σημειώνετε τη συχνότητα και ποσότητα κατανάλωσης

Νερό
Καφεϊνούχα ροφήματα
(καφές, τσάι, σοκολάτα)
Άλλα αφεψήματα
Χυμοί
Αναψυκτικά
Αλκοολούχα ποτά

Ζάχαρη προσθέτετε κάπου;

Το αλάτι σας πως είναι;



Διεύθυνση, Περιοχή, Τ.Κ. xxx xx | Τηλ.: xxx xx xx xxx | Φαξ: xxx xx xx xxx
e-mail: example@gmail.com | www.site.gr

Φυσική δραστηριότητα



Εργασία (ώρες/βάρδιες):

Αερόβια άσκηση

Αναερόβια άσκηση

Στάση απέναντι στην άσκηση



Ανθρωπομετρικά στοιχεία

Ύψος:

ΔΜΣ:

Παρόν ΣΒ:

% λιπώδους μάζας σώματος:

Ιστορικό βάρους



Μιλήστε μας για το βάρος
τα τελευταία χρόνια:

Παρόν ΣΒ:

Μέγιστο ΣΒ:

Σύνηθες ΣΒ:

Προηγούμενες προσπάθειες



Έχετε κάνει προσπάθεια για απώλεια ΣΒ στο παρελθόν;

Ναι



Όχι



Πότε;

Με ποιο τρόπο;

Πόσες φορές περίπου;

Με τι αποτελέσματα;

Για ποιους λόγους θέλετε να χάσετε βάρος;



1.

2.

3.

4.

Από το 1-10 πόσο έτοιμος/η νιώθετε να κάνετε αλλαγές στην καθημερινότητά σας με σκοπό να χάσετε βάρος;

Τρέχον βάρος:



«Ονειρεμένο» βάρος:



Πραγματικό – ρεαλιστικό βάρος:



10%:





Διεύθυνση, Περιοχή, Τ.Κ. xxx xx | Τηλ.: xxx xx xx xxx | Φαξ: xxx xx xx xxx
e-mail: example@gmail.com | www.site.gr



Σχέση με το φαγητό

Πώς αιτιολογείτε εσείς το υπερβάλλον βάρος;

Όταν νιώθετε στεναχωρημένος/θυμωμένος, ποια είναι η αντίδρασή σας σε σχέση με το φαγητό;

Ποια κατάσταση σας οδηγεί σε υπερκατανάλωση φαγητού; Τρώτε από βαρεμάρα; Τσιμπολογάτε όταν είστε στο σπίτι;

Θα μπορούσατε να πείτε ότι είστε λαίμαργος/λαίμαρφη;

Έχετε φάει ποτέ κάτι που να έχετε μετανιώσει γι' αυτό;

Έχετε προβεί ποτέ σε κάποια διορθωτική ενέργεια;

Έχετε νιώσει ποτέ απώλεια ελέγχου κατά τη διάρκεια κατανάλωσης φαγητού;

Σκέφτεστε άσπρο-μαύρο σε σχέση με το φαγητό;

Παρακολούθηση



Ημερομηνία	Βάρος	%λίπος	ΔΜΣ	ΠΜ	ΠΓ	Σημεία εστίασης/προβληματισμού