

## DİYETLAB

### BESLENME EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIK MERKEZİ BİLGİ FORMU

Kişisel Bilgiler:	
Ad Soyad:	Eğitim Durumu:
Cinsiyetiniz:	Varsa Çocuk Sayısı:
Doğum Tarihi/Yeri:	Yaşadığınız Şehir/Ülke:
Mesleğiniz:	Telefon:
Medeni Durum:	e-mail:
Bize Nasıl Ulaştınız? (Instagram, twitter, tavsiye, internet sitesi vb.)	
Bu diyet programından beklentiniz / hedefiniz nedir?	
Ölçümler:	
Vücut Ağırlığınız:	
Boyunuz:	
Bel Çevresi:	
Kalça Çevresi:	
Bugüne Kadar En Fazla Kaç Kilo Oldunuz/Tarihi/Size Göre Nedeni Nedir?	
Bugüne Kadar En Az Kaç Kilo Oldunuz/Tarihi/Size Göre Nedeni Nedir?	
Diyet Ya Da Zayıflamak İçin Diğer Yöntemleri Denediniz Mi? (Akupunktur, Herbalife, Kalori Kısıtlı Diyetler, Sıvı Beslenme Vb.)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Ne Tür Yöntem Ve Diyetler Uygulayarak Kilo Verdiniz, Daha Sonrasında Geri Kilo Aldınız Mı, Aldıysanız Ne Kadar Aldınız?	
Diyet Yaparken Sizi En Çok Zorlayan Kısım Nedir?	

**Hafta İçi:**

Beslenme Düzeni		
Güne Hangi Saatte Başlıyorsunuz?		
	Saat	Genelde Tercih Ettiğiniz Yemekler
Kahvaltı		
Öğle		
Akşam		

**Hafta Sonu:**

Beslenme Düzeni		
Güne Hangi Saatte Başlıyorsunuz?		
	Saat	Genelde Tercih Ettiğiniz Yemekler
Kahvaltı		
Öğle		
Akşam		

Beslenme Alışkanlıkları	
Günde kaç öğün yemek yersiniz? Atladığınız bir öğün var mı?	
Ara öğün yapar mısınız, yaparsanız ne tür besinleri tercih edersiniz?	
Sürekli tükettiğiniz/vazgeçemediğiniz yiyecek ve içecekler	
Asla yemem dediğiniz/ tüketmeyi sevmediğiniz / yemeyi tercih etmediğiniz yiyecek ve içecekler	
Herhangi bir besine alerji var mı? Varsa hangi yiyecek / içecek	
Herhangi bir besine intoleransınız var mı? Varsa hangi yiyecek / içecek	
Vegan / Vejeteryan /Glutensiz vb besleniyorsanız belirtiniz...	
Günlük Kahve/Çay Tüketiminiz Ne Kadar?	
Çaya/ Kahveye Şeker Ekliyor Musunuz? Ekliyorsanız Ne Kadar?	
Yapay Tatlandırıcı Kullanıyor Musunuz?	
Çalışıyor iseniz İş Yerine Yemek Götürebilir Misiniz?	
Günlük Toplam Su Tüketiminiz Ne Kadar?	
Egzersiz/spor yapıyor musunuz? Yapıyorsanız haftada kaç gün ve kaç dk olduğunu, egzersizin türünü ( pilates / fitness / yüzme/ yürüyüş vb. ), günün hangi saatlerinde egzersiz yaptığınızı belirtiniz. Ör: Haftada 3 gün 17:00-18:00 arasında pilates, Haftada 2 gün 5000 adım yürüyüş	

**Aşağıdaki Hastalıklardan Sizde Olanları İşaretleyiniz. (Birden Fazla İşaretleme Yapabilirsiniz.)**

**Sindirim Sistemi Hastalıkları**

- Reflü
- Yutma güçlüğü
- Aşırı gaz ve şişkinlik
- Gastrit
- Ülser
- Helikobakter pilori öyküsü
- Bulantı – kusma
- Gluten İntoleransı
- Laktoz İntoleransı

**Metabolik / Hormonal Hastalıklar:**

- Tip 1 diyabet
- Tip 2 diyabet
- Reaktif hipoglisemi
- Gizli Şeker
- Polikistik over sendromu
- İnsülin direnci

**Diğer Hastalıklar:**

- Romatizmal Hastalıklar
- Astım / Alerjik Astım

**Bağırsak Hastalıkları**

- Kronik kabızlık
- Spastik kolon
- İrritabl barsak sendromu
- Hemoroid
- Aşırı gaz

**Kalp Damar Hastalıkları**

- Yüksek kolesterol
- Yüksek tansiyon
- Kalp hastalığı

**Tiroid Hastalıkları**

- Hipotroid
- Haşimato
- Hipertroid
- Guatr

**Vitamin Eksikliği**

- Demir eksikliği
- Vitamin B12 eksikliği
- D vitamini eksikliği

**Diğer: (Yazılanlardan Hariç Herhangi Bir Hastalığınız Varsa Lütfen Belirtin): .....**

<b>Sağlık</b>	
Herhangi Bir Operasyon Geçirdiniz Mi?	
Düzenli Kullandığınız İlaç/Vitamin-Mineral/Probiyotik Vb. Var Mı? Varsa isimleri ve kullandığınız dozlarını da yazarak belirtiniz.	
Günlük Uyku Süreniz:	
Sigara Kullanıyor Musunuz? Miktar:	
Alkol Kullanıyor Musunuz? Kullanıyorsanız Miktar/Sıklık:	

<b>Yalnızca Kadınların Doldurması Gereken Bölüm:</b>	
Adetiniz Düzenli Mi?	
Herhangi Bir Hormon Tedavisi Gördünüz Mü?	
Doğum Yaptınız Mı? Yaptıysanız Sayı:	
Menapoza girdiniz Mi, Girdiyseniz Ne Zaman?	
Menstrasyon döneminde beslenme alışkanlıklarınızda değişiklikler oluyor mu?	

**Hangi Durumlar Beslenme Alışkanlıklarınızın Değişmesine Neden Oluyor? Belirtiniz.**

**BUNLARIN DIŞINDA BELİRTMEK İSTEDİĞİNİZ BİR ŞEY VAR İSE NOT EDİNİZ**

\*\*\* Bilgi formunuz ile birlikte tahlillerinizi bize göndermeyi unutmayınız

\*\*\* **Rutin istenen tetkikler:** Açlık kan şekeri, açlık insülin, TSH, T3, T4, Anti-Tpo, Total kolesterol, LDL, HDL, Trigliserit, ALT, AST, Ürik asit, BUN, Kreatinin, demir, B12, D vitamini

*Dahiliye veya aile hekiminize diyeteye başlayacağınızı belirterek uygun gördüğü tetkikleri de yapabilirsiniz.*