

**VSTUPNÍ DOTAZNÍK**

**Centrum pro léčbu obezity Nemocnice Havířov**

**Jméno:**

**Příjmení:**

**Datum narození:**

Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
 Základní Střední Vyšší odborné Vysokoškolské

Jaká je Vaše současné zaměstnání:

Považujete je většinu času za sedavé? ANO NE

Je někdo další ve Vaší rodině obézní? ANO NE Kdo:

Jaká byla Vaše porodní váha: pod 2500g 2500-4500g nad 4500g nevím

Narodil/a jste se předčasně? NE ANO Ve kterém týdnu:

V kolika letech začala Vaše váha stoupat, od kdy vnímáte, že jste obézní:

Jaká byla Vaše nejvyšší dosažená váha**:**  Kolik Vám bylo let:

Jaká byla Vaše nejnižší či obvyklá váha v dospělosti: Kolik Vám bylo let:

Jaká je podle Vás příčina vzestupu vaší hmotnosti? *Zaškrtněte všechny přítomné příčiny*

 Zvýšená chuť k jídlu po celý den Přejídání ve večerních hodinách
 Preference sladkého jídla/pití Preference smažených, tučných jídel
 Nepravidelné stravování Zajídání stresu
 Změna zaměstnání Malá fyzická aktivita
 Nemoc, léky Menopauza, těhotenství
 Jiné:

Zažil/a jste v posledních 5 letech či v průběhu dětství významnou stresovou situaci (nemoc nebo úraz či autonehoda; byl/a jste oběť násilné trestné činnosti či fyzického napadení; rozvod; ztráta partnera; úmrtí či vážná nemoc v rodině či v blízkém kruhu přátel; potrat; ztráta či změna práce): ANO NE Kolik z výše uvedených:

Kolik hodin denně spíte**:**
Chrápete? ANO NE
Máte problémy se spánkem? ANO NEJaké:

 Pokud jste žena, pak:

Menstruace: Pravidelná Nepravidelná
Přechod (menopauza) byl v kolika letech:
Užíváte hormonální antikoncepci? ANO NE
Užíváte hormonální substituci? ANO NE

Užívali jste někdy léky na hubnutí?
 ANO NE Volně prodejné Na předpis Oboje

Máte během svého dne pravidelný pohyb? (Např. chůze na autobus, chůze do obchodu/práce, chůze do schodů/ze schodů, venčení psa, práce na zahrádce/okolo domu)
 ANO NEKolik minut denně:

Máte během svého týdne další mírnější pohybové aktivity (rekreační plavání, delší procházky, projížďka na kole či klasické koloběžce, tanec, jóga atd…….)?
 ANO NEKolikrát týdně:Kolik minut:

Vykonáváte pravidelně nějaký sport?
 ANO NE
Jaký: Kolikrát v týdnu: Kolik minut na jedno cvičení:

Který pohyb Vám dělá největší radost:

Jakou formu hubnutí preferujete? Konzervativní (dieta) Chirurgickou (operace)

Podstoupili jste již nějakou operaci v rámci hubnutí? ANO NE

Pokud ANO, tak jakou: Kdy: Kde:

Jaké hmotnosti byste chtěli dosáhnout:

Jaká je Vaše hlavní motivace k hubnutí (zaškrtněte jedno pole či napište svůj důvod) :

 Mám zdravotní potíže (bolesti kloubů, dušnost, cukrovka, vysoký tlak, neplodnost)
 Chci se cítit lépe a předejít výše zmíněným chorobám
 Chci se líbit sobě
 Chci se líbit okolí
 Čeká mé důležitá životní událost
 Jiná motivace :

Kolikrát denně jíte:
V kolik hodin jíte naposledy:
Jíte pravidelně? ANO NE
Jaký je časový interval mezi jídly: hodin
Která z denních porcí je největší? Ranní Polední Odpolední Večerní

Které potraviny jíte často a pravidelně (například denně/obden)?

Které potraviny jsou vaše oblíbené?

Kolikrát týdně je Vám po jídle těžko či máte pocit přejedení**:** krát  Nikdy
Kolikrát týdně zažíváte pocit hladu: krát  Nikdy
Hladovíte záměrně? ANO NE
Když hladovíte, jak dlouho jste bez jídla: hodin
Kolik celkově vypijete za den tekutin: litrů

Které nápoje pijete často a pravidelně (například denně/obden)?

Které nápoje jsou vaše oblíbené?

Sladíte nápoje? ANO NE
Pokud ano, tak čím**:**  Cukrem Medem Sladidlem

Kolik vypijete za týden:
Piva půllitrů
Vína litrů
Tvrdého alkoholu velkých panáků

Máte potíže s polykáním? ANO NE

Máte alergii na nějakou potravinu? ANO NE
Pokud ano, jak se to projevuje:

Máte každý den pravidelnou stolici? ANO NE
Pokud ano, kolik stolic denně máte:
Pokud ne, kolik stolic máte za týden:
Musíte užívat projímadla? ANO NE
Užíváte projímadla i když nemáte zácpu? ANO NE
Jaká: Jak často:

Drželi jste již někdy nějakou dietu za účelem hubnutí? ANO NEKolikrát:
Jaký typ/jaké typy diety jste drželi?
Podařilo se Vám při některé dietě zhubnout? ANO NE
Pokud ANO, při které: Kolik: kg

Jak dlouho jste si udrželi úbytek na váze:
Jak dlouho jste byli schopni dietu dodržet? Nejdelší doba: Nejkratší doba:
Proč myslíte, že jste přestali:

Zažili jste „jo-jo efekt“? ANO NEKolikrát:

Navštívil/a jste již někdy nutriční poradnu? ANO NE
Pokud ano, tak kdy: Jakou:
Zhubl/a jste v minulosti při vedení nutričním terapeutem? ANO NEKolik:

Datum vyplnění dotazníku: