

## Kwestionariusz osobowy dzieci

1. Imię dziecka .....
2. Wiek dziecka .....
3. Wzrost dziecka .....
4. Masa ciała dziecka .....
5. Adres mailowy rodziców, imiona .....
6. Bracia, siostry dziecka (wiek, imiona) .....
7. Jakie są główne problemy z którymi się Pan/i do nas zgłasza?  
?.....

.....  
.....

8. **Jakie**  
są oczekiwania? Jak możemy pomóc?

.....  
.....

## CZEŚĆ OGÓLNA

1. W jakich godzinach dziecko jest w przedszkolu / żłobku: .....
2. Określ jak często Pana/i dziecko (poza przedszkolem) spędza czas na:

		codziennie	4-6 razy/tydz.	2-3 razy/ tydz.	raz / tydz.	rzadziej
<b>a.</b>	dodatkowej aktywności (sport, fizyczne zabawy)					
<b>b.</b>	wspólnych spacerach					

3. Jak **najczęściej** spędza Pan/i czas wolny z dzieckiem? (zaznacz krzyżykiem max 3 właściwe)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> spacery<br><input type="checkbox"/> sport<br><input type="checkbox"/> wspólne czytanie<br><input type="checkbox"/> komputer | <input type="checkbox"/> kino<br><input type="checkbox"/> wspólne zabawy<br><input type="checkbox"/> zakupy<br><input type="checkbox"/> TV |
|--|--|

inne: .....

4. Ile godzin dziennie spędza dziecko przed TV / komputerem ? .....

## CZEŚĆ ŻYWIENIOWO-MEDYCZNA

1. Czy uważa Pan/i, że Pani/a dziecko żywi się właściwie? (zaznacz krzyżykiem na skali)

nie – żywi się źle      1   2   3   4   5      tak – odżywia się prawidłowo

--	--	--	--	--

2. Czy dziecko ma jakies problemy żywieniowe?

(alergie pokarmowe, choroby przewlekłe, odmawianie jedzenia, częste biegunki/wymioty itp.)

tak       nie      jakie? \_\_\_\_\_

3. Choroby przebyte, choroby rozpoznane

.....

4. Dolegliwości chorobowe dziecka (ból brzucha, zaburzenia łaknienia, nadpobudliwość, zaburzenia snu itp) .....

.....

.....

5. Przyjmowane leki: .....

6. Przyjmowane suplementy diety .....

7. Czy dziecko ma nie regularny rytm wypróżnień? (biegunki/zaparcia) .....

8. Częstość wypróżnień .....

9. Czy nagradza Pan/i dziecko za zjedzenie nie lubianego produktu?

tak

nie

9a. Jeśli w powyższym pytaniu zaznaczył/a Pan/i TAK to w jaki sposób nagradza Pan/i dziecko ?

możliwość obejrzenia TV

otrzymanie deseru

nowa zabawka

możliwość skorzystania z komputera

wspólne czytanie

pochwała słowna

inne, jakie?: .....

11. Czy ogranicza Pan/i dziecku jakies produkty żywnościowe?

tak

nie

11a. Jeśli w powyższym pytaniu zaznaczył/a Pan/i TAK to jakie produkty ogranicza Pan/i dziecku?

- batony, czekolada, cukierki     soki przecierowe     drożdżówki, ciastka  
 *fast food* w tym frytki, pizza     chipsy     napoje gazowane

inne, jakie?: .....

12. Czy dziecko podjada między posiłkami?

- tak     nie

12a. Jeśli TAK to ile razy dziennie?

- 1     2-3     4 i więcej

13. Co najczęściej podjada (pomiędzy posiłkami głównymi i przekąskami) Pana/i dziecko?

warzywa	
owoce, suszone owoce	
koktajle mleczne/jogurty/budyń	
słodczyce w tym żelki, lody, batony	
kanapki, chleb	
orzechy	
słone przekąski, chipsy	
soki owocowe, przecierowe	
napoje gazowane typu coca-cola	
chleb, pieczywo, kanapki	
inne, jakie?	

13. Ile szklanek dziennie dziecko pije ....? (1 szklanka = 250mL)

		nie spożywa	1 szkl.	2 szkl.	3 szkl. - 5 szkl.	6 szkl. i więcej
a.	mleko					
b.	jogurt, kefiry, napoje mleczne					
c.	woda (mineralna, źródlana, przegotowana)					
e.	napoje słodzone gazowane i niegazowane typu coca-cola, nektary,					
f.	soki owocowe, soki przecierowe (warzywno-owocowe)					
g.	herbaty					

#### 14. Ile razy dziennie dziecko jada ... ?

		nie spożywa	1	2-3	4-5	6 i powyżej
a.	warzywa					
b.	owoce					

15. Proszę wymienić składniki żywieniowe z poszczególnych grup, które Państwa dziecko lubi i spożywa

		LUBI	NIE LUBI
a.	warzywa		
b.	owoce		
c.	nabiał		
d.	Orzechy, pestki, tłuszcze		
e.	napoje		
f.	Mięso, ryby, jaja, rośliny strączkowe		
g.	Produkty zbożowe		
	Inne		

#### 16. Zaznacz tylko jedną odpowiedź w rzędzie

		kilka razy dziennie	codzie --nnie	kilka razy/t ydz.	kilka razy/ mies.	raz /mies. lub rzadziej	wcale lub prawie wcale
a.	czy zdarza się Panu/i zmuszać dziecko do dokończenia posiłku?						
b.	jak często jada Pan/i posiłki wspólnie z dzieckiem?						
c.	jak często dziecko jada przy TV/komputerze?						
d.	jak często dziecko jada produkty typu <i>fast food</i> np. McDonald, KFC, budki i kioski uliczne z pizzą, hot-dogami czy hamburgerami?						
e.	jak często dziecko jada słodycze w tym żelki, drożdżówki, batony, ciastka, lody						
f.	jak często jada Pan/i z dzieckiem posiłki poza domem (restauracje)?						

**17. Proszę ocenić znajomość jadłospisu żłobka/przedszkola?**

nie znam      1    2    3    4    5      znam bardzo dobrze

--	--	--	--	--

**18. Jak dziecko jada w żłobku/przedszkolu? (pełne/ dokładki/ nie jada wszystkiego)**

.....  
.....

**19. Czy dziecko jest od czegoś uzależnione? (np. słodycze / oglądanie bajek)**

.....

*Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza. Proszę o odesłanie kwestionariusza min. na 2 dni przed planowanym spotkaniem na adres [info@diet4kids.pl](mailto:info@diet4kids.pl) :)*  
*Do zobaczenia!*