

İlk görüşme formu

Bu form sağlık bilgisi içerir; doldurulduktan sonra yalnızca yetkili kişilerin erişebileceği bir yerde saklayın.

Kişisel bilgiler

Ad soyad _____ Görüşme tarihi _____
Doğum tarihi _____ Meslek _____
Telefon _____ E-posta _____
Görüşme: ☐ Yüz yüze ☐ Online

Başvuru nedeni ve hedef

Neden başvurdu, ne bekliyor?

Hedef kilo / ölçü _____ Hedef süre _____
Davranış hedefleri (ör. kahvaltı yapmak, akşam atıştırmasını azaltmak)

Ölçümler

Boy (cm) _____ Kilo (kg) _____
Bel çevresi (cm) _____ Kalça çevresi (cm) _____
Yağ oranı (%) _____ Kas kütlesi (kg) _____
Kilo geçmişi (en düşük / en yüksek) _____ Son 6 aydaki değişim _____

Sağlık geçmişi

Tanı konmuş hastalıklar

Kullandığı ilaçlar ve takviyeler

Geçirdiği ameliyatlar _____ Besin alerjisi / intoleransı _____

Ailede görülen hastalıklar

Gebelik / emzirme: ☐ Yok ☐ Gebe ☐ Emziriyor

Son tahlil sonuçları (varsa)

Yaşam tarzı

Kalkış / yatış saati	Uyku süresi ve kalitesi
Çalışma düzeni (saatler, vardiya)	Günlük su tüketimi
Fiziksel aktivite (tür, sıklık, süre)	
Sigara	Alkol
Stres düzeyi: ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek	

Beslenme alışkanlıkları

Günlük öğün sayısı	Genelde atlanan öğün
Haftada dışarıda yemek	Yemeği kim hazırlıyor?
Sevdiği yiyecekler	
Sevmediği / tüketmediği yiyecekler	
Atıştırma alışkanlıkları (ne zaman, ne)	
Daha önce uyguladığı diyetler ve sonuçları	

24 saatlik besin tüketimi (dün)

Öğün	Saat	Ne yedi / içti?	Miktar
Kahvaltı			
Ara öğün			
Öğle			
Ara öğün			
Akşam			
Gece			

Diyetisyen notları

Değerlendirme ve plan	
Enerji hedefi (kcal)	Sonraki kontrol