

KWESTIONARIUSZ ŻYWIENIOWY

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

Mail:

Aktualna waga:

Wzrost:

Obwód pasa:

Obwód ramion:

Obwód bioder:

Obwód klatki piersiowej:

Obwód uda:

Wykonywany rodzaj pracy/ zawód:

Godziny pracy/poza domem:

PON

WT

ŚR

CZW

PT

SOB

ND

1. Proszę opisać Pana/ Pani aktualny tryb życia (siedzący, stojący w ruchu, bardzo aktywny)

.....

.....

.....

2. Proszę zaznaczyć środki transportu, z których Pan/Pani korzysta w ciągu dnia:

ROWER/ TRAMWAJ/ AUTO/ PIESZO/ AUTOBUS/ INNE

3. Czy przebył/a Pan/Pani ostatnio zabiegi operacyjne lub choroby przewlekłe? Jeśli tak, to jakie?

.....

.....

4. Czy występują lub występowały u Pana/Pani takie choroby jak:

* MIAŻDŻYCA TAK/NIE

* WYSOKI POZIOM CHOLESTEROLU WE KRWI? TAK/NIE

* NADCIŚNIENIE	TAK/NIE
*	
NIEDOCIŚNIENIE	TAK/NIE *
CHOROBY SERCA	TAK/NIE
* CHOROBY NEREK	TAK/NIE
* NADCZYNNOŚĆ TARCZYCY	TAK/NIE
* NIEDOCZYNNOŚĆ TARCZYCY	TAK/NIE
* CHOROBY PRZEWODU POKARMOWEGO (WRZODY/BIEGUNKI/WZDĘCIA/ZAPARCIA)	
TAK/NIE	
* REFLUKS	TAK/NIE
* NOWOTWORY	TAK/NIE
* OSTEOPORAZA	TAK/NIE
* PROBLEMY NA TLE HORMONALNYM	TAK/NIE
* PROBLEMY NA TLE SKÓRNYM	TAK/NIE
* MIGRENY/ DEPRESJA/ BOLESNE MIESIĄCZKI	TAK/NIE
* NIEPRAWIDŁOWE STĘŻENIE CUKRU WE KRWI	TAK/NIE
* BEZSENNOŚĆ	TAK/NIE
* ASTMA	TAK/NIE
* CHOROBY AUTOIMMUNOLOGICZNE	TAK/NIE
* CHOROBY TRZUSTKI	TAK/NIE
* CHOROBY WĄTROBY	TAK/NIE

Jeśli tak, to kiedy?

.....

.....

5. Jaka jest Pana/Pani odporność na stres w skali 1-10?

6. Czy występują u Pana/Pani alergie na:

* PYŁKI	TAK/NIE
* SIERŚĆ/KURZ	TAK/NIE
* LEKI	TAK/NIE
* CHEMIA GOSPODARSTWA DOMOWEGO	TAK/NIE
* KOSMETYKI	TAK/NIE
* ALERGIE POKARMOWE	TAK/NIE

Jeśli tak, to jakie?

.....

7. Czy w ostatnich latach przechodził Pan/Pani antybiotykoterapię? Jeśli tak,
to kiedy i jak długo trwała?

.....

8. Czy wysypia się Pan/Pani? TAK/NIE

9. Czy Pana/Pani sen jest jednostajny? TAK/NIE

10. Ile godzin Pan/Pani śpi?

11. Czy w Pana/Pani rodzinie występują choroby przewlekłe? Jeśli tak, to jakie?

.....

12. Czy przyjmuje Pan/Pani leki farmaceutyczne na stałe? TAK/NIE

Jeśli tak, to jakie i od kiedy?

.....

.....

13. Czy przyjmuje Pan/Pani suplementy diety na stałe? TAK/NIE

Jeśli tak, to jakie i od kiedy?

.....

.....

14. Czy występują u Pana/Pani nietolerancje pokarmowe? TAK/NIE

Jeśli tak, to jakie? Czy była wykonana diagnostyka w tym kierunku?

.....

.....

15. Kiedy ostatnio robił/a Pan/Pani wyniki badań (morfologia, mocznik itp.)?

.....

16. Czy kiedykolwiek pojawiły się u Pana/Pani problem z nieprawidłową
masą ciała? TAK/NIE

17. Czy miał/a Pan/Pani problemy z nadwagą w dzieciństwie? TAK/NIE

18. Czy kiedykolwiek występowały problemy z nadwagą lub otyłością w
Pana/ Pani rodzinie? TAK/NIE

19. Czy występuje u Pana/Pani aktywność fizyczna? Jeśli tak, to jakiego
rodzaju i jak często?

.....

.....

20. Czy stosował Pan/Pani jakieś diety? Jeśli tak to proszę wymienić nazwę
lub opisać dietę.

.....

.....

.....

21. Jakie potrawy preferuje Pan/Pani w swojej diecie?

.....

.....

.....

22. Jakich pokarmów unika Pan/Pani w swojej diecie?

.....

.....

.....

23. Jak odżywiał/a się Pan/Pani w dzieciństwie?

.....

.....

.....

24. Ile posiłków dziennie Pan/Pani spożywa?.....

25. Czy spożywa Pan/Pani takie produkty jak gotowe sosy, majonezy, ketchup, gotowe fixy itp.? Jeśli tak, to jakie?

.....

26. Czy spożywa Pan/Pani pieczywo? Jeśli tak, to jakie i jak często?

.....

27. Czy dotychczasowa dieta jest monotonna (ten sam posiłek 3 razy dziennie)?

TAK/NIE

28. Czy spożywa Pan/Pani ryby lub owoce morza? Jeśli tak, to jakie i jak często?

.....

29. Czy spożywa Pan/Pani codziennie produkty pełnoziarniste (chleb żytni, musli, ciemne makarony, gruboziarniste kasze)? TAK/NIE

30. Czy spożywa Pan/Pani produkty wysokotłuszczowe? Jeśli tak, to jakie?

.....

31. Jakich tłuszczów używa Pan/Pani do smażenia potraw?

.....

32. Jak często spożywa Pan/Pani warzywa?

33. Jak często spożywa Pan/Pani owoce?

34. Jak często spożywa Pan/Pani jajka?

35. Jakie jest Pana/Pani ulubione mięso?

.....

36. W jaki sposób mięso jest przygotowywane?

.....

.....

37. Czy spożywa Pan/Pani produkty mleczne? Jeśli tak, to jakie i jak często?

.....

38. Najczęściej spożywane przez Pana/Panią węglowodany to:

KASZE/ RYŻE/ MAKARONY/ PIEROGI/ MĄKI/ PIECZYWO/

SŁODYCZE/ CIASTA/ CUKIER/ MIÓD/ OWOCE/ INNE

39. Jakie techniki kulinarne stosuje Pan/Pani do przygotowywania potraw?

DUSZENIE/ GRILLOWANIE/ GOTOWANIE/ PIECZENIE/ SMAŻENIE/

GOTOWANIE NA PARZE/ INNE

40. Czy spożywa Pan/Pani obiad składający się z dwóch dań? TAK/NIE

41. W jakiej atmosferze spożywa Pan/Pani posiłki?

STRES/ RELAKS/ POŚPIECH/ INNE

42. Czy spożywa Pan/Pani słodycze, chipsy lub inne niezdrowe przekąski?

Jeśli tak, to jakie i jak często?

.....

.....

43. Czy zdarza się, że podjada Pan/Pani w nocy lub między posiłkami?

TAK/NIE

44. Czy posiłki do pracy/szkoły są przygotowywane samodzielnie przez
Pana/Panią?

TAK/NIE

45. Czy spożywa Pan/Pani posiłki na mieście? Jeśli tak, to co to jest
najczęściej?

.....
.....

46. Czy spożywa Pan/Pani fast foody? Jeśli tak, to jakie i jak często?

.....

47. Ile litrów i jakiego rodzaju płyny pije Pan/Pani dziennie?

.....

48. Ile kawy i herbaty wypija Pan/Pani w ciągu dnia i jaka to jest
kawa/herbata?

a) kawa

ESPRESSO/ ROZPUSZCZALNA/ SYPANA

- * dzienna ilość
- * z jakim mlekiem?
- * słodzona? TAK/NIE
- * czym słodzona i ile?
- * ile wody w szklance?

b) herbata

BIAŁA/ ZIELONA/ ZWYKŁA/ OWOCOWA/ CZARNA/ INNA

- *dzienna ilość
- *słodzona? TAK/NIE
- *czym słodzona i ile?
- * z sokiem? TAK/NIE
- * z miodem? TAK/NIE
- * z cytryną? TAK/NIE

49. Czy pije Pan/Pani napoje gazowane? Jeśli tak to jakie?

.....

50. Czy zdarza się Panu/Pani ominąć lub zapomnieć o jakimś posiłku?

TAK/NIE

51. Jak długie są odstępy między posiłkami? .

.....

52. Ile godzin przed snem spożywa Pan/Pani ostatni posiłek?

.....

53. Preferowane smaki?

SŁONY/ SŁODKI/ OSTRY/ ZIOŁOWY/ KWAŚNY/ INNY

54. Jakiego rodzaju przypraw stosuje Pan/Pani w swojej kuchni?

.....

55. Kiedy ma Pan/Pani największy apetyt?

RANO/ WIECZOREM/ PO PRACY/ PO TRENINGU/ W TRAKCIE

STRESU/ PRZED SNEM/ INNE

.....

56. Czy posiłki, które Pan/Pani spożywa dają uczucie sytości? TAK/NIE

57. Czy zwraca Pan/Pani uwagę na kaloryczność potraw? TAK/NIE

58. Czy pali Pan/Pani wyroby tytoniowe lub inne używki? Jeśli tak, to jak często?

.....

59. Czy pije Pan/Pani alkohol? Jeśli tak, to jak często, ile i jakiego rodzaju jest to alkohol?

.....

60. Ile razy dziennie się Pan/Pani wypróżnia?

61. Czy regularnie się Pan/Pani wypróżnia? TAK/NIE

62. Jaką wagę chciałby/a Pan/Pani osiągnąć?

63. Czy zdarzały się u Pan/Pani wahania wagi? TAK/NIE

64. Jakie są Pana/Pani oczekiwania po konsultacji?

OBNIŻENIE WAGI/ PODNIESIENIE WAGI/ POPRAWA WYNIKÓW

ZDROWOTNYCH/ ZWIĘKSZENIE POZIOMU ENERGII/

ZMAKSYMALIZOWANIE WYNIKÓW W SPORCIE/ POPRAWA

SAMOPOCZUCIA/ POPRAWA KONCENTRACJI/INNE

.....

.....

.....

Miejsce na dotychczasowy jadłospis (preferowane 7dni)

PONIEDZIAŁEK	
WTOREK	
ŚRODA	
CZWARTEK	
PIĄTEK	
SOBOTA	

NIEDZIELA	
-----------	--