

KWESTIONARIUSZ ŻYWIENIOWY	
Data	
Imię i nazwisko	
Dane teleadresowe (adres, telefon, e-mail)	
Preferowana droga kontaktu	
Cel wizyty	<input type="radio"/> Redukcja masy ciała <input type="radio"/> Przyrost masy ciała <input type="radio"/> Poprawa stanu zdrowia <input type="radio"/> Zdrowy styl życia <input type="radio"/> Inne (wymień):
POMIARY ANTROPOMETRYCZNE	
Wiek	
Masa ciała (kg)	
Wzrost (cm)	
Obwód talii (cm)	
Obwód bioder (cm)	
STYL ŻYCIA	
Rodzaj wykonywanej pracy	<input type="radio"/> Praca biurowa <input type="radio"/> Praca aktywna (dużo ruchu) <input type="radio"/> Jestem na emeryturze (jestem aktywny/a) <input type="radio"/> Jestem na emeryturze (jestem mało aktywny/a) <input type="radio"/> Nie pracuję (zajmuję się domem /dziećmi) <input type="radio"/> Inne (jaka?):
Jak oceniasz swoją aktywność fizyczną	<input type="radio"/> Niska (nie ćwiczę dodatkowo) <input type="radio"/> Umiarkowana (ćwiczę 1-2x w tygodniu po min. 1h); <input type="radio"/> Wysoka (ćwiczenia > 3x w tygodniu po min. 1h)
Ekspozycja na stres	<input type="radio"/> Niska <input type="radio"/> Umiarkowana <input type="radio"/> Wysoka
Ilość godzin snu na dobę (od – do)	
Liczba godzin spędzanych przed TV, komputerem, telefonem/ smartphonem / w ciągu doby	
Ewentualne uwagi do sekcji styl życia	
DOLEGLIWOŚCI ZDROWOTNE I CHOROBY	
Przebyte choroby	
Przebyte operacje	
Czy jesteś pod stałą opieką lekarską?	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałś/eś twierdząco, podaj specjalizację lekarza i przyczynę stałej opieki lekarskiej	
Aktualne choroby	<input type="radio"/> Brak <input type="radio"/> Cukrzyca <input type="radio"/> Insulinooporność <input type="radio"/> Miażdżyca <input type="radio"/> Choroby tarczycy <input type="radio"/> Nadciśnienie <input type="radio"/> Otyłość

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Choroby układu sercowo-naczyniowego <input type="radio"/> Refluks żołądkowo-przełykowy <input type="radio"/> Wrzody żołądka <input type="radio"/> Inne.....
Alergie pokarmowe	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nie mam alergii <input type="radio"/> Orzechy i nasiona <input type="radio"/> Nabiał <input type="radio"/> Ryby, skorupiaki <input type="radio"/> Soja <input type="radio"/> Przyprawy <input type="radio"/> Kakao <input type="radio"/> Inne:
Nietolerancje pokarmowe (pokarmy po których odczuwasz dolegliwości np. wzdęcia, gazy, przelewanie w jelitach)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Mleko krowie <input type="radio"/> Pieczywo zbożowe <input type="radio"/> Fruktaza zawarta w owocach <input type="radio"/> Inne (wymień):
Czy przyjmujesz na stałe leki? Jeśli tak wymień jakie i dawki	
Czy zażywasz regularnie:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> leki przepisane przez lekarza (wymień:.....) <input type="radio"/> antydepresanty (wymień:.....) <input type="radio"/> leki przeciwbólowe/przeciwgorączkowe typu Apap, Ibuprofen, itp. (wymień:.....) <input type="radio"/> suplementy, witaminy i minerały (wymień:.....) <input type="radio"/> preparaty ziołowe (wymień:.....) <input type="radio"/> preparaty odchudzające (wymień:.....) <input type="radio"/> inne.....
Pytanie dla kobiet: Data pierwszej miesiączki, czy miesiączki są regularne, długość cyklu, czy występują dolegliwości w trakcie miesiączki, czy miesiączki są obfite, czy jest stosowana antykoncepcja, data ostatniej miesiączki	
Ewentualne uwagi do sekcji dolegliwości i choroby	
WYWIAD DIETETYCZNY	
Liczba posiłków w ciągu dnia	
Rodzaj i godziny spożywanych posiłków w ciągu dnia	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> śniadanie – godz.: <input type="radio"/> II śniadanie godz.: <input type="radio"/> obiad godz.: <input type="radio"/> lunch godz.: <input type="radio"/> podwieczorek godz.: <input type="radio"/> przekąska godz.: <input type="radio"/> kolacja godz.:
Czy stosowałaś/eś wcześniej terapie odchudzające/diety?	
Gdzie jadasz zazwyczaj pierwsze śniadanie?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Dom <input type="radio"/> Praca <input type="radio"/> Bistro/restauracja
Gdzie jadasz zazwyczaj obiad/lunch?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Dom

	<input type="radio"/> Praca <input type="radio"/> Bistro/restauracja
Gdzie jadasz zazwyczaj kolację?	<input type="radio"/> Dom <input type="radio"/> Praca <input type="radio"/> Bistro/restauracja
Czy masz możliwość podgrzania posiłku w miejscu pracy?	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
Czy stosujesz dietę eliminacyjną np. bez laktozy, bez nabiału, bezglutenową?	<input type="radio"/> Tak (jaką?) <input type="radio"/> Nie
Zaznacz napoje które wypijasz codziennie lub przynajmniej 4x w tygodniu	<input type="radio"/> Kawa <input type="radio"/> Herbata czarna <input type="radio"/> Herbata zielona <input type="radio"/> Soki owocowe <input type="radio"/> Napoje gazowane <input type="radio"/> Soki warzywne <input type="radio"/> Inne
Ile szklanek wody (litrów) wypijasz w ciągu dnia?	
Ile kaw wypijasz w ciągu dnia?	
Ile herbat wypijasz w ciągu dnia?	
Ile łyżeczek cukru używasz do słodzenia kawy lub herbaty?	
Ile razy w tygodniu pijesz alkohol?	
Czy stosujesz używki? Jeśli tak, wymień jakie oraz określ częstotliwość ich stosowania:	
Jakiego rodzaju tłuszczu używasz do smażenia potraw?	
Wymień 5 potraw, produktów, przyprawy które szczególnie lubisz	
Czy jadasz zupy?	
Czy lubisz zupy kremy?	
Czy lubisz koktajle, smoothie?	
Jakim sprzętem kuchennym dysponujesz?	<input type="radio"/> garnki, patelnie <input type="radio"/> piekarnik <input type="radio"/> gofrownica <input type="radio"/> opiekacz <input type="radio"/> toster <input type="radio"/> blender <input type="radio"/> mikser
OŚWIADCZENIE	
Oświadczam, że wszystkie podane przez mnie dane są zgodne z prawdą.	
Podpis osoby wypełniającej kwestionariusz	

