

Imię i nazwisko:

Adres mailowy:

Nr telefonu kontaktowego :

Login Skype (dot. konsultacji online):

Cel konsultacji dietetycznej:

.....
.....
.....

Wiek (data urodzenia):

Masa ciała [kg]:

Wzrost [cm]:

Obwód [cm]:

- bioder.....
- brzucha.....

Poziom aktywności fizycznej:

- 1,25 – leżący w łóżku
- 1,4 – mało aktywny
- 1,6 – umiarkowanie aktywny
- 1,75 – aktywny
- 2,0 – bardzo aktywny
- 2,3 – sportowiec wyczynowy

Aktywność fizyczna (dzień + godziny)

- poniedziałek.....
- wtorek.....
- środa.....
- czwartek.....
- piątek.....
- sobota.....
- niedziela.....
- nie dotyczy

Rodzaj aktywności

.....
.....
.....

1. Jaki rodzaj pracy wykonujesz?

- siedzącą
- fizyczną
- mieszaną
- nie pracuję

2. W jakich godzinach pracujesz?

.....

3. Ile godzin poświęcasz na sen (podaj zwyczajowe godziny pójścia spać oraz pobudki):

.....

4. Jak oceniasz swój rytm snu?

- przesypana cała noc
- budzenie się w nocy (ile razy i w jakich odstępach)

.....
.....
.....

- podjadanie w nocy

5. Czy jesteś w ciąży?

- tak
- nie

6. Czy palisz papierosy?

- tak
- nie

7. Czy stosujesz specjalną dietę lub ograniczenia żywieniowe?

.....

8. Czy stosowałaś/eś dietę odchudzającą w przeciągu ostatnich 6 miesięcy

- tak
- nie

9. Czy pijesz kawę?

- tak (ile i z jakimi dodatkami).....
- nie

10. Czy pijesz herbatę?

- tak (ile z jakimi dodatkami).....
- nie

11. Ile posiłków dziennie spożywasz?

.....

12. Jakie napoje najczęściej spożywasz?

.....

13. Podaj ilość wypijanych płynów dziennie

.....

14. Podaj produkty najczęściej występujące w Twojej diecie:

- źródła białka:

.....
.....
.....

- źródła tłuszczu:

.....
.....
.....

- źródła węglowodanów (jakie pieczywo, makarony):

.....
.....
.....

- dodatkowe informacje:

.....
.....
.....

15. Podaj produkty nielubiane:

.....
.....

.....
.....
16. Podaj produkty lubiane:

.....
.....
.....

17. Czy jadasz zupy?

- tak (jak często w tygodniu).....
- nie

18. Stosowane przyprawy

.....
.....
.....

19. Czy cierpisz na alergie pokarmowe, jeśli tak to jakie?

.....
.....
.....

20. Czy cierpisz na nietolerancje pokarmowe, jeśli tak to jakie?

.....
.....
.....

21. Czy potrawy przygotowujesz samodzielnie?

- tak
- nie

22. Jakie techniki kulinarne najczęściej stosujesz?

- smażenie
- duszenie
- gotowanie
- gotowanie na parze
- inne.....

23. Jaki posiadasz sprzęt kuchenny?

- piekarnik
- parowar
- blender
- waga kuchenna
- mikrofalówka
- inne.....

24. Jak często jadasz poza domem oraz podaj jakie są to potrawy.

.....
.....
.....

25. Czy podjadasz między posiłkami?

- Tak (wymień produkty)
.....
.....
- nie

26. Czy pijesz alkohol?

- tak (jak często, podaj rodzaj)

.....
.....
.....
.....

- nie

27. Czy jadasz produkty mięsne w piątki?

- tak
- nie

28. Czy spożywasz regularnie suplementy diety?

- tak (jakie)

.....
.....

- nie

29. Czy spożywasz regularnie leki?

- tak (jakie)

.....
.....

- nie

30. Czy przechodziłaś/eś zabiegi operacyjne w obrębie przewodu pokarmowego lub jamy brzusznej w przeciągu ostatnich 6 miesięcy

- tak

.....
.....

- nie

31. Jak oceniasz regularność swoich wypróżnień?

- 1x dziennie
- 2x dziennie
- rzadziej.....
- zaparcia
- biegunki

32. Czy występują u Ciebie poniższe choroby (jeśli tak, określ jak długo)

- wysoki poziom cholesterolu całkowitego

.....
.....

- wysoki poziom trójglicerydów

.....
.....

- miażdżyca

- cukrzyca typu I

.....
.....

- cukrzyca typu II

- cukrzyca ciążowa

.....
.....

- choroba wrzodowa żołądka

- choroba wrzodowa dwunastnicy

.....
.....

- zespół jelita drażliwego

- nadmierne wzdęcia

.....
.....

- nadczynność tarczycy

.....
.....

- niedoczynność tarczycy
- choroba Gravesa Basedowa
- Hashimoto
- wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C
- nadciśnienie tętnicze
- choroba wieńcowa
- kamica żółciowa
- marskość wątroby
- przewlekłe zapalenie trzustki
- celiakia
- nietolerancja laktozy
- kamica nerkowa
- niewydolność nerek
- dna moczanowa
- PCOS
- osteoporoza
- anemia z niedoboru żelaza
- anemia z niedoboru B₁₂
- kłopoty z zasypianiem
- nadmierna senność po posiłku
- wzmożony apetyt
- alergie wziewne
- problem z wypadaniem włosów
- problem z łamiącymi się paznokciami
- ciągłe zmęczenie
- częste infekcje dróg rodnych
- częste obrzęki



- reumatoidalne zapalenie stawów

- borelioza

- inne

33. Czy występują u Ciebie problemy skórne?

- tak (jakie)

- nie

