



## Kwestionariusz – przed wizytą u dietetyka

<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>Data urodzenia</b>	
<b>Wiek</b>	
<b>Wzrost</b>	
<b>Masa ciała</b>	
<b>Status zawodowy</b> (student/uczeń, pracuję zawodowo/nie pracuję zawodowo, emeryt)	
<b>Charakter wykonywanej pracy</b> (praca siedząca biurowa, pracownik fizyczny)	
<b>Adres email do wysłania diety</b>	

Udostępniony przez Państwa email będzie służył jedynie do przesłania diety, kontaktu z Państwem, przesłania informacji odnośnie pomiarów i wizyt kontrolnych. Zgodnie z ustawą z dn. 18.07.2002r. (Dz.U. nr 144, poz.1204) o Świadczeniu usług drogą elektroniczną, wyrażam zgodę na otrzymywanie powyższych informacji na mojego emaila. Jednocześnie zapewniamy, że Twój adres email nie zostanie udostępniony, bądź odsprzedany osobom trzecim.

Co zdecydowało o konsultacji u dietetyka i jakie masz oczekiwania po tej wizycie?	
Czy stosowałeś/aś diety? Jeśli tak, to jakie i kiedy ?	
Jak oceniasz swoją codzienną aktywność? (podkreśl właściwą odpowiedź lub napisz jeśli brakuje odpowiedzi odpowiadającej Twojej aktywności)	<p>Bardzo niska (brak ruchu, sporadyczne spacer)</p> <p>Niska (siedzący tryb pracy, sporadyczna aktywność fizyczna)</p> <p>Umiarkowana (siedzący tryb pracy, aktywność fizyczna ok. 2-3 razy w tygodniu)</p> <p>Wysoka (aktywny tryb życia, treningi co najmniej 3 razy w tygodniu)</p> <p>Jestem sportowcem, moja aktywność jest na bardzo wysokim</p>

	poziomie
Czy zmagasz się z jakimiś chorobami ? Jeśli tak to jakimi ?	
Czy zmagasz się z jakimiś dolegliwościami ? (np. wypadanie włosów, trądzik, sucha skóra)	
Czy zmagasz się z alergiami pokarmowymi ? Jeśli tak, to jakimi ?	
Czy zmagasz się z nietolerancjami pokarmowymi ? (np. nietolerancja laktozy)	
Czy zażywasz leki przepisane przez lekarza ? Jeśli tak, to jakie ?	
Czy przyjmujesz suplementy diety ? Jeśli tak, to jakie ?	
Dotyczy kobiet: Czy jesteś w ciąży/karmisz piersią ?	
Czy palisz papierosy ? Jeśli tak, to ile ?	
Czy spożywasz alkohol ? Jeśli tak, to zazwyczaj jaki (wino, wódka, piwo) i jak często (kilka razy w tygodniu, raz w tygodniu, raz w miesiącu, raz na kilka miesięcy) ?	
Preferowany smak: słodki/słony/ostry/ziolowy	
Ile posiłków spożywasz w ciągu dnia ?	
Czy podjadasz pomiędzy posiłkami ? Jeśli tak, to co ?	
Czy jesz posiłki o regularnych porach ?	
Ile zazwyczaj godzin śpisz ?	
Co robisz zwykle w weekend lub w wolne dni ?	
Ile czasu tygodniowo możesz poświęcić na aktywność ruchową?	
Gdzie najczęściej spożywasz posiłki? W domu, na mieście, w restauracji, w pracy, w szkole, w barach?	

Czy w pracy/szkole możesz zjeść posiłek o dowolnej porze?	
Ile litrów/szklanek wody mineralnej (nie smakowej) wypijasz w ciągu dnia?	
Jakie inne płyny wypijasz w ciągu dnia, jakie ilości i rodzaj napojów?	
Ile czasu od wstania z łóżka zjadasz swój pierwszy posiłek? Jadasz go w pracy czy w domu?	
Co jesz zwykle na śniadanie lub na pierwszy posiłek dnia i o której on jest?	
Co jesz zwykle na kolację (ostatni posiłek) i o której on jest? Na ile godzin przed snem?	
Czy jesteś wegetarianinem lub weganinem ?	

## LUBIĘ/NIE LUBIĘ

Wypisz produkty, które wyjątkowo <b>lubisz</b> i chciałbyś/chciałabyś, aby znalazły się w Twoim jadłospisie (np. makaron, ser żółty, pieczywo, pierś z kurczaka)	Wypisz produkty, których wyjątkowo <b>nie lubisz</b> i chciałbyś/chciałabyś, aby nie znalazły się w Twoim jadłospisie (np. łosoś, oliwki, kapary, awokado, seler naciowy)

