**KWESTIONARIUSZ ŻYWIENIOWY**

*(do uzupełnienia przed wizytą)*

*Obraz zawierający tekst, Czcionka, logo, Grafika

Opis wygenerowany automatycznie*

**DANE**

1. **Imię i nazwisko:**
2. **Wiek:**
3. **Wzrost:**
4. **Waga:**
5. **Adres e-mail:**
6. **Numer telefonu:**

**ZDEFINIOWANIE CELU**

1. **Jaki jest Twój cel?**
2. **Jaki jest Twoim zdaniem realny czas, w którym możesz osiągnąć swój cel?**
3. **Co Cię motywuje do osiągnięcia celu?**
4. **Co stanowi u Ciebie obecnie największy problem, przez który nie możesz osiągnąć swojego celu?**

**PRACA I AKTYWNOŚĆ**

1. **Twój obecny status zawodowy *(zaznacz właściwe):***
   * uczeń/student
   * osoba pracująca
   * niepracująca
   * rodzic
   * emeryt
2. **Wykonywany zawód:**
3. **Charakter pracy *(zaznacz właściwe):***
   * siedzący
   * umiarkowany ruch
   * dużo ruchu
4. **Jak subiektywnie oceniasz w skali od 1 do 10 ilość swojej spontanicznej aktywności w ciągu dnia?**  
   *(tryb siedzący, chodzenie pieszo, jazda rowerem, wybór schodów lub windy itp.)*  
   **Ocena:** \_\_\_/10
5. **Jeśli posiadasz krokomierz, wpisz średnią ilość kroków wykonywanych na co dzień:**
6. **Czy trenujesz regularnie?**
   * **Jeśli tak, jaka to dyscyplina sportowa?**
   * **Od jak dawna?**
   * **Jak często trenujesz?**
   * **Ile czasu trwa Twoja jednostka treningowa?**
   * **W jakich godzinach zazwyczaj trenujesz?**

**PRZESZŁOŚĆ DIETETYCZNA**

1. **Czy stosowałeś/aś wcześniej jakieś diety odchudzające?**
   * **Jeśli tak, jakie?**
   * **Jak długo?**
   * **Z jakim skutkiem?**
   * **Opisz dokładnie rodzaje stosowanych diet:**

**STAN ZDROWIA**

1. **Czy masz stwierdzoną jakąkolwiek jednostkę chorobową?**
   * **Jeśli tak, jaką? Opisz przebieg choroby:**
2. **Czy posiadasz jakieś alergie/nietolerancje pokarmowe?**
   * **Jeśli tak, jakie?**
3. \*\*Jak przebiega Twój cykl menstruacyjny? Czy występują jakieś nieprawidłowości? *(pytanie do kobiet)* \*\*
4. **Czy występuje któryś z poniższych objawów *(zaznacz właściwe):***
   * zgaga
   * refluks
   * wzdęcia
   * gazy
   * częste bóle brzucha
   * zaparcia
   * biegunki
   * hemoroidy
   * kamica
   * jelito drażliwe
   * wycięty pęcherzyk
   * wrzody
5. **Jeśli tak, jak często występują te objawy?**
6. **Jak często się wypróżniasz? Czy obserwujesz jakieś nieprawidłowości?**
7. **Czy przyjmujesz jakieś leki farmaceutyczne, antykoncepcję lub suplementy diety na stałe?**
   * **Jakie, w jakich ilościach i dawkach?**

**ŻYWIENIE**

1. **Ile posiłków zazwyczaj zjadasz w ciągu dnia?**
2. **Bez jakich produktów i potraw nie wyobrażasz sobie swojej codziennej diety?**
3. **Czego nie chcesz mieć w swojej diecie? Wypisz wszystko, co przychodzi Ci na myśl:**
4. **Co zazwyczaj zjadasz na śniadanie? Wymień 2–4 opcje:**
5. **Co zazwyczaj zabierasz ze sobą do jedzenia do szkoły/pracy? Wymień 2–4 opcje:**
6. **Jakie są Twoje ulubione dania obiadowe? *(Z tych, które przyrządzasz samodzielnie)* Wymień 3–5 opcji:**
7. **Co najczęściej zjadasz na kolację? Wymień 2–4 opcje:**
8. **Czy odczuwasz po posiłkach spadek energii? Jeśli tak, po jakich w szczególności?**
9. **Podjadasz pomiędzy posiłkami? Jeśli tak, co, w jakich sytuacjach i ilościach?**
10. \*\*Kiedy masz największą ochotę na jedzenie? *(rano, popołudniu, wieczorem)* \*\*
11. **Czy są potrawy lub produkty, po których źle się czujesz? *(np. dyskomfort trawienny)* Jeśli tak, jakie?**
12. **W jakim sklepie najczęściej robisz zakupy spożywcze?**
13. **Słodzisz żywność i napoje? Jeśli tak, czym, co i w jakich ilościach?**
14. **Spożywasz pieczywo? Jakie? Z czym? Używasz masła/margaryny?**
15. **Wymień warzywa, których nie lubisz:**
16. **Wymień owoce, których nie lubisz:**
17. **Czy w Twojej codziennej diecie występuje mleko lub napój roślinny? Jeśli tak, jakie?**

**ŻYWIENIE (CD.)**

1. **Czy lubisz i spożywasz (wpisz TAK lub NIE):**
   * Serek wiejski: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Twaróg: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Jogurt naturalny: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Jogurt roślinny: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Żółte sery: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Długodojrzewające sery z pleśnią: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Ser camembert: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Ser mozzarella: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Ser feta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Sery kozie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Sery owcze: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Kefir: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Maślankę: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Tofu naturalne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Tofu wędzone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Wolisz, aby w Twoim menu przeważały posiłki na słodko czy na wytrawnie?**
3. **Spożywasz mięso?**
   * **Jaki rodzaj?**
   * **Jak często?**
4. **Jakiego rodzaju mięsa nie spożywasz/nie lubisz?**
5. **Spożywasz ryby?**
   * **Jak często i jakie?**
   * **Jakich odmian ryb nie spożywasz/nie lubisz?**
6. **Jakiego tłuszczu używasz do obróbki termicznej potraw?**
7. **Ile litrów płynów mniej więcej pijesz dziennie?**
   * **Jakiego rodzaju? Wymień dokładnie:**
8. **Ile spożywasz kaw w ciągu dnia?**
   * **Z mlekiem? Słodzona? Czym? Ile?**
9. **Spożywasz alkohol?**
   * **Jeśli tak, jak często? Jakiego rodzaju? W jakich ilościach?**
10. **Jaki odstęp czasowy oddziela ostatni posiłek od snu?**
11. **O której godzinie zazwyczaj kładziesz się spać? Czy masz problem z zaśnięciem?**
12. **O której godzinie zazwyczaj wstajesz?**
    * **Czy czujesz się wyspany/wyspana?**
    * **Masz problem ze wstaniem?**
13. **Czy wybudzasz się w nocy?**
    * **Jak często? W jakim celu?**

**ZAŁĄCZNIKI**

Bardzo proszę dodatkowo załączyć:

1. **Swój jadłospis z co najmniej trzech dni**, z godzinami spożywanych posiłków oraz ich dokładną zawartością. Proszę odnotować także ilość i rodzaj spożywanych płynów.
2. **Badania krwi z ostatnich 18 miesięcy** (jeśli posiadasz).

**DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE KWESTIONARIUSZA!**