ANKIETA – przed pierwszą wizytą

1. Imię i nazwisko:

2. Data urodzenia:

3. Tel kontaktowy:

4. Email do wysłania diety i/lub kontaktu:

Udostępniony przez Państwa email będzie służył jedynie do przesłania diety, kontaktu z Państwem, przesłania informacji odnośnie pomiarów i wizyt kontrolnych. Jednocześnie zapewniamy, że Twój adres email nie zostanie udostępniony bądź odsprzedany osobom trzecim.

Zgodnie z ustawa z dn.18.07.2002r. (Dz.U. nr 144, poz.1204) o Świadczeniu usług drogą elektroniczną, wyrażam zgodą na otrzymywanie powyższych informacji na mojego emaila.

Podpis

Data wypełnienia ankiety:

Wiek:

Wzrost:

Waga:

Obwód w pasie:

5. Cel Twojej wizyty:

\* Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

* Zdrowe odżywianie / profilaktyka
* Poprawa stanu zdrowia
* Zrzucenie zbędnych kilogramów
* Problemy trawienne
* Problemy skórne
* Choroby tarczycy
* Choroby autoimmunologiczne
* Zaburzenia nastroju/ depresja
* Inne

6. Charakter pracy:

\* Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

* Zmianowa
* Siedząca przy komputerze
* Stojąca
* Stresująca
* Fizyczna
* W samochodzie

7. W jakich godzinach pracujesz ?

8. Twoja aktywność:

\* Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

* Brak aktywności (praca siedząca, w domu odpoczywam)
* Mało aktywny (spacer rzadko, większość czasu leżę lub siedzę)
* Średnio aktywny (spacery min 2 razy w tyg., czasami inna aktywność)
* Aktywny (spaceruję, uprawiam sport min. 3 x w tygodniu)
* Bardzo aktywny (aktywność fizyczna min. 5 x w tygodniu)
* Jestem sportowcem

9. Jaki rodzaj aktywności uprawiasz ?

10. Czy czujesz się dobrze ze swoją wagą? Jeśli nie, z jaką wagą czujesz się najlepiej?

11. O której godzinie zazwyczaj wstajesz i kładziesz się spać ?

12. Gdzie najczęściej spożywasz posiłki?

13. Czy zdarzają Ci się napady głodu ?

\* Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

* TAK
* NIE
* Inne:

14. Czy zdarzają Ci się napadowe chęci na coś słodkiego lub słonego ?

\* Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

* TAK
* NIE
* Inne:

15. Ile litrów lub szklanek wody mineralnej (bez smakowej) wypijasz w ciągu dnia ?

16. Czy pijesz kawę ?

\* Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

* Tak, codziennie
* Nie
* Czasami

17. Jeśli pijesz kawę to jaki rodzaj ?

\*Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

* Rozpuszczalna
* Sypana
* Z ekspresu
* 3 w 1

18. Jakie dodatkowe napoje spożywasz w ciągu dnia ?

\*Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

* Napoje i soki kolorowe
* Wody smakowe
* Świeże soki wyciskane
* Napoje energetyczne
* Napoje gazowane
* Napoje typu: light, zero

19. Czy spożywasz alkohol ?

\* Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

* Tak
* Nie
* Okazjonalnie

20. Ile posiłków zazwyczaj zjadasz w ciągu dnia ?

\* Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

* 1
* 2
* 3
* 4
* 5 lub więcej...
* Jadam bardzo nieregularnie

21. Wypisz produkty, które szczególnie lubisz:

22. Produkty, których nie lubisz i nie zjesz na pewno:

23. Produkty, po których odczuwasz dolegliwości, problemy z trawieniem:

24. Czy jesteś pod stałą opieką lekarską ?

\* Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

* Tak
* Nie
* Inne:

25. Wypisz dolegliwości zdrowotne i choroby:

26. Czy zażywasz aktualnie jakiekolwiek leki, lub suplementy diety ?

 27. Jak często się wypróżniasz ?

\* Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

* Raz dziennie
* Dwa razy dziennie
* Wiele razy dziennie
* Raz na dwa dni
* Raz na tydzień
* Nieregularnie

28. Czy jesteś w ciąży ? (tylko dla kobiet)

* Tak
* Nie
* Planuję zostać mamą w najbliższym czasie

29. Czy obecnie karmisz piersią ? (tylko dla kobiet)

* Tak
* Nie

30. Czy stosujesz antykoncepcję farmakologiczną ? (tylko dla kobiet)

* Tak
* Nie

31. Z ilu posiłków chciałabyś/chciałbyś, aby składał się Twój jadłospis?

32. Czy współpracowałeś/łaś kiedyś z dietetykiem? (Jeśli TAK, jakie były rezultaty)?

33. Czy stosowałaś/stosowałeś wcześniej jakąś dietę lub zasady zdrowego żywienia?

34. Twój styl życia:

\* Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

* Kładę się spać po 22:00
* Często zarywam noce
* Chodzę na siłownie lub fitness wieczorem
* Często nosze okulary przeciwsłoneczne
* Razi mnie światło
* Śpię mniej niż 7 godzin
* Wybudzam się w nocy
* Stresuje się
* Pracuję więcej niż 8 godzin.
* Trudno mi się rano wstaje
* Często boli mnie głowa
* Mam stany lękowe
* Unikam aktywności fizycznej
* Mam stresującą prace