**ANKIETA DIETETYCZNA**

|  |
| --- |
| **1. Dane Podstawowe** |
| Imię: |
| Nazwisko: |
| E-mail: |
| Telefon: |
| Płeć: |
| Data urodzenia: |
| Wzrost: |
| Waga: |
| Obwód talii (cm): |
| Obwód bioder (cm): |
| **2. Aktywność fizyczna - czy są przeciwwskazania Tak/Nie** |  **Odpowiedź** |
| Mała |  |
| Umiarkowana |  |
| Duża |  |
| **3. Rodzaj aktywności fizycznej** (jaki sport, częstotliwość i czas wykonywania) |  |
| **4. Rodzaj wykonywanej pracy, godziny pracy** |  |
| **6. Stan zdrowia, zdiagnozowane jednostki chorobowe****dolegliwości – kiedy się nasilają****Przyjmowane leki i suplementy**  |  |
| **7.Alergie pokarmowe** / **Nietolerancje pokarmowe** |  |
| **8. Spożywane posiłki w ciągu dnia oraz orientacyjna godzina spożywania** | 1.2.3.4.5.6. |
| **9. Czy podjada Pani/Pan między posiłkami? Jakie produkty?** |  |
| **10. Ilość napojów w ciągu dnia i jakie? Ile wody?** |  |
| **11. Potrawy lub produkty z których by Pani/Pan nie zrezygnował** |  |
| **12. Potrawy lub produkty, których Pani/Pan nie lubi?** |  |
| **13.Produkty, po których czuje się Pani/Pan źle?** |  |
| **14.Przyprawy/ zioła stosowane w kuchni?** |  |
| **15.Czy stosuje lub stosowała Pani /Pan diety odchudzające? Jeśli tak, to jakie:****Z jakim skutkiem?****Od kiedy ma Pani/Pan nadwagę/niedowagę?****Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zauważyła Pani/Pan znaczny przyrost masy ciała?****Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy zauważyła Pani/Pan znaczną utratę masy ciała?****Pani/Pana masa ciała na przestrzeni lat?** **Co jest dla Pani/Pana najtrudniejsze w próbach odchudzania?** |  |
| **16. Jaki jest Pani/Pana poziom energii przy obecnym stylu życia?** |  |
| **17. Jakie są Pani/Pana oczekiwania wobec diety?** |  |
| **18. Inne informacje o których powinnam wiedzieć?** |  |