

Prosimy o wypełnienie ankiety i przyniesienie jej z sobą na wizytę.

1. W jakim celu chce Pani/Pan stosować dietę?

2. Data urodzenie

3. Charakter pracy

umysłowa fizyczna

Godziny pracy/zajęć

4. Schorzenie główne i współistniejące

wysoki poziom cholesterolu

wysokie ciśnienie

choroby serca

cukrzyca

choroby przewodu pokarmowego jakie

choroby tarczycy jakie

alergie pokarmowe na co

inne jakie

5. Wyniki badań, jeśli były robione (np. cholesterol, ciśnienie, glukoza, hemoglobina i in.)

6. Czy występują jakieś dolegliwości ze strony układu pokarmowego

biegunki

zaparcia

zgaga

inne

7. Stosowane leki, zioła, suplementy diety i inne (w tym antykoncepcja)

An empty horizontal bar chart with a grid. The bar is currently empty. The chart has a vertical axis on the right with a scroll bar and a horizontal axis at the bottom with a scroll bar.

8. Ilość spożywanych w ciągu dnia posiłków, godziny ich spożywania

An empty horizontal bar chart with a grid. The bar is currently empty. The chart has a vertical axis on the right with a scroll bar and a horizontal axis at the bottom with a scroll bar.

9. Dojadanie między posiłkami

tak

nie

An empty horizontal bar chart with a grid. The bar is currently empty. The chart has a vertical axis on the right with a scroll bar and a horizontal axis at the bottom with a scroll bar.

Co najczęściej?

10. Miejsce spożywania posiłków (dom/stołówka itp.)

An empty horizontal bar chart with a grid. The bar is currently empty. The chart has a vertical axis on the right with a scroll bar and a horizontal axis at the bottom with a scroll bar.

11. Ilość płynów wypijana w ciągu dnia. Jakie (woda/herbata)?

An empty horizontal bar chart with a grid. The bar is currently empty. The chart has a vertical axis on the right with a scroll bar and a horizontal axis at the bottom with a scroll bar.

12. Produkty/potrawy z których nie jest Pani/Pan w stanie zrezygnować?

An empty horizontal bar chart with a grid. The bar is currently empty. The chart has a vertical axis on the right with a scroll bar and a horizontal axis at the bottom with a scroll bar.

13. Produkty/potrawy, których Pani/Pan nie lubi?

An empty horizontal bar chart with a grid. The bar is currently empty. The chart has a vertical axis on the right with a scroll bar and a horizontal axis at the bottom with a scroll bar.

14. Produkty/potrawy po których czuje Pani/Pan dolegliwości, dyskomfort?

An empty horizontal bar chart with a grid. The bar is currently empty. The chart has a vertical axis on the right with a scroll bar and a horizontal axis at the bottom with a scroll bar.

15. W jakich momentach, godzinach ma Pani/Pan największą ochotę na jedzenie?

rano

popołudnie

wieczór

noc

stres

16. Proszę określić swoją aktywność fizyczną w skali od 1 do 10 (1- najmniejsza)

17. Rodzaj aktywności fizycznej (pływanie/bieganie itp.)

18. Słodzenie potraw i napojów (cukier/słodzik). Ilość używana w ciągu dnia

19. Stosowane używki, jakie (kawa, herbata, alkohol), w jakiej ilości?

21. Czy stosowała Pani/Pan diety, jeśli tak to jakie, jaki okres czasu upłynął od ich zakończenia? Jakie były efekty?

22. Proszę opisać swój zwyczajowy 1 dzień pod względem spożywanych produktów, potraw i napojów. Proszę podać przybliżone ilości np. 1 kromka chleba, 1 szklanka herbaty i przybliżone godziny ich spożywania

23. Imię i nazwisko

24. Adres e-mail

25. Telefon