

ANKIETA

Proszę o rzetelne, zgodne ze stanem faktycznym wypełnienie ankiety, gdyż jest to niezbędne do opracowania dobrze dopasowanego planu dietetycznego.

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....Masa ciała.....Wzrost.....

Tel. Kontaktowy.....

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. 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. Udzielona zgoda może być przez Państwa w każdej chwili wycofana.

Podpis:

.....

Rodzaj wykonywanej pracy	
Godziny pracy	
Tryb wykonywanej pracy	<input type="checkbox"/> Siedzący <input type="checkbox"/> Stojący <input type="checkbox"/> Mała aktywność fizyczna <input type="checkbox"/> Średnia aktywność fizyczna <input type="checkbox"/> Duża aktywność fizyczna
Stan fizjologiczny:	<input type="checkbox"/> Zdrowy <input type="checkbox"/> Problemy zdrowotne dietozależne <input type="checkbox"/> Problemy zdrowotne inne <input type="checkbox"/> Cięża <input type="checkbox"/> Laktacja (karmienie piersią)
Choroby i zabiegi przebyte w przeszłości	
Choroby trwające obecnie (ew. operacje i zalecenia po nich)	
Czy znam zalecenia żywieniowe dotyczące mojej choroby i czy się do nich stosuję?	
Alergie, nietolerancje pok. (produkty, które je wywołują)	

Przyjmowane leki, suplementy (jakie, dawka, o jakiej porze)	
Rezultat poprzednich diet i ew. powód rezygnacji (np. monotonia posiłków, brak systematyczności, itp.)	
Aktywność fizyczna	<input type="checkbox"/> Siedząco/leżąca (w pracy siedzę, w domu raczej odpoczywam) <input type="checkbox"/> Mało aktywny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Aktywny (uprawiam sport co najmniej 3xtyg) <input type="checkbox"/> Jestem sportowcem, uprawiam dyscyplinę sportu.....
Jak spędzasz dni wolne od pracy? (np. spacer, odpoczywam w domu i oglądam telewizję)	
Użytki (jak często, ilość)	<input type="checkbox"/> Kawa <input type="checkbox"/> Papierosy <input type="checkbox"/> Alkohol (rodzaj)
Ilość spożywanego posiłków	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> więcej
Orientacyjne godziny posiłków	
Sposób przygotowywania posiłków	<input type="checkbox"/> W domu (z surowców podstawowych, z półproduktów) <input type="checkbox"/> Kupuję gotowe dania i odgrzewam w domu <input type="checkbox"/> Większość posiłków spożywam w punktach gastronomicznych.
Czy zjada Pan/Pani pierwsze śniadanie?	
Czynności towarzyszące jedzeniu (np. oglądanie telewizji, czytanie, itp.)	
Jak często spożywa Pan/Pani owoce i warzywa? W jakiej postaci?	<input type="checkbox"/> Owoce <input type="checkbox"/> Warzywa
Jak często spożywane są produkty białkowe i jakie?	<input type="checkbox"/> Mięso <input type="checkbox"/> Wędliny <input type="checkbox"/> Ryby <input type="checkbox"/> Nabiał
Jaki rodzaj tłuszczu Pan/Pani używa (np. masło, oleje roślinne)	

Czy smaruje Pan/Pani pieczywo, jeśli tak to czym?	
Zaznacz i napisz obok wymienionych produktów jak często je spożywasz (codziennie, raz na tydzień, raz w miesiącu, itp.)	<input type="checkbox"/> Pieczywo <input type="checkbox"/> Kasze <input type="checkbox"/> Makarony, kluski, pierogi itp. <input type="checkbox"/> Ryż <input type="checkbox"/> Słodycze (batony, ciasta, ciastka itp.) <input type="checkbox"/> Miód, cukier
Czy zjada Pan/Pani produkty pełnoziarniste czy przeważnie z mąki białej?	
O której godzinie spożywany jest ostatni posiłek i jakie najczęściej są to produkty?	
Czy podjada Pan/Pani między posiłkami, jeśli tak to jakie produkty?	
Czy posiłki w trakcie tygodnia są urozmaicone, czy powtarzają się?	
Jakich przypraw najczęściej Pan/Pani używa?	
Czy używa Pan/Pani dużo soli, ostrych przypraw?	
Napoje przyjmowane w ciągu dnia i orientacyjna ilość	<input type="checkbox"/> Kawa <input type="checkbox"/> Herbata (jaka) <input type="checkbox"/> Woda niegazowana/ gazowana/smakowa <input type="checkbox"/> Soki z kartonu <input type="checkbox"/> Soki świeże <input type="checkbox"/> Napoje gazowane i niegazowane (jakie)
Czy słodzi Pan/Pani napoje? Czym? (cukier, miód, słodziki). W jakiej ilości?	
Jakie techniki kulinarne Pan/Pani stosuje?	<input type="checkbox"/> Zaprawianie zup, sosów <input type="checkbox"/> Gotowanie <input type="checkbox"/> Smażenie <input type="checkbox"/> Pieczenie <input type="checkbox"/> Grillowanie <input type="checkbox"/> Duszenie <input type="checkbox"/> Inne:
Temperatura spożywanych posiłków:	<input type="checkbox"/> Gorące <input type="checkbox"/> Ciepłe <input type="checkbox"/> Letnie <input type="checkbox"/> Zimne

Czy odchodząc od posiłku, od jedzenia czuje się Pan/Pani	<input type="checkbox"/> Nie najedzony/a <input type="checkbox"/> Najedzony/a <input type="checkbox"/> Objedzony/a <input type="checkbox"/> Inne odczucia:
Czy utrzymuje Pan/Pani stałą masę ciała?	
Preferowany smak potraw:	<input type="checkbox"/> Słodki <input type="checkbox"/> Słony <input type="checkbox"/> Ostry <input type="checkbox"/> Ziołowy <input type="checkbox"/> Kwaśny
Czy lubi Pan/Pani	<input type="checkbox"/> Orzechy, pestki dyni, słonecznika itp. <input type="checkbox"/> Rośliny strączkowe (soja, soczewica, fasola, itp.) <input type="checkbox"/> Tofu (ser sojowy) <input type="checkbox"/> Owoce suszone <input type="checkbox"/> Mleko, produkty mleczne <input type="checkbox"/> Owoce (awokado) <input type="checkbox"/> Warzywa <input type="checkbox"/> Koktajle warzywne <input type="checkbox"/> Owsianka <input type="checkbox"/> Kasze, makarony, ryż, ziemniaki
Kiedy ma Pan/Pani największą ochotę na jedzenie?	
Kiedy odczuwa Pan/Pani największy głód?	
Czy ktoś w rodzinie ma nadwagę?	
Czy jako dziecko miał/a Pan/Pani kłopoty z prawidłową masą ciała?	
Ile chciałby/aby Pan/Pani ważyć?	

UWAGI (inne ważne informacje nie ujęte powyżej)

.....

.....

.....

.....

.....

LUBIĘ, NIE LUBIĘ

Produkty (dania) szczególnie lubiane	Produkty (dania), których nie lubię ale zjem jeśli trzeba:	Produkty (dania), których nie lubię i nie zjem na pewno:

Oświadczam, że podane przeze mnie dane w ankiecie są zgodne z prawdą i nie zataiłem/am żadnych faktów, które mogą mieć wpływ na moje zdrowie podczas stosowanej diety.

Data i podpis:

.....

Opis posiłków dnia poprzedzającego wywiad

I ŚNIADANIE godzina.....

II ŚNIADANIE godzina.....

OBIAD godzina.....

PODWIECZOREK godzina.....

KOLACJA godzina.....