



Wywiad Żywniowy

1. Dane osobowe:

- Imię i nazwisko:
- Adres email:
- Telefon kontaktowy:

2. Dane antropometryczne:

- Wiek:
- Wzrost:
- Waga:
- Obwód talii:
- Obwód bioder:
- Jaka jest Pani/Pana pożądana waga ciała?

3. Aktywność fizyczna (proszę zaznaczyć):

- Niska (spacery, zakupy, sprzątanie w domu)
- Średnia (długie spacery, intensywne obowiązki domowe, lekki trening 2 x w tygodniu)
- Wysoka (długie spacery, intensywne obowiązki domowe, trenuję intensywnie codziennie, trening 3 x w tygodniu)
- Proszę podać średnią dzienną liczbę wykonanych kroków (jeśli kroki są liczone)

4. Praca:

Rodzaj wykonywanej pracy (proszę zaznaczyć):

- Praca siedząca
- Praca stojąca
- Praca w ciągłym ruchu
- Osoba niepracująca
- Godziny pracy/praca zmianowa:
- Przerwy w pracy:
- Czy w miejscu pracy istnieje możliwość podgrzania posiłku/zagotowania wody?



5. Jaki jest Pani/Pana stan zdrowia? Czy występują u Pani/Pana jakieś choroby współistniejące np. dolegliwości ze strony układu pokarmowego **(specjalne zalecenia lekarza)?**

6. Czy zażywa Pani/Pan regularnie leki lub suplementy diety?

7. Czy cierpi Pani/Pan na alergie lub nietolerancje pokarmowe?

8. Czy stosowała Pani/Pan już wcześniej dietę? Jeśli tak, to jak długo i w jakim celu?

9. Proszę podać ilość spożywanych posiłków w ciągu dnia i godziny posiłków (dni pracujące, dni wolne od pracy/nauki na uczelni itp.):

10. Proszę wymienić produkty spożywcze preferowane :

- warzywa (jakie?)
- owoce (jakie?)
- produkty zbożowe (pieczywo, makarony, kasze, ryż, płatki zbożowe - jakie)
- nabiał (mleko, sery, jogurty, kefir)
- mięso (drób, wołowina, wieprzowina, ryby)



- przyprawy
- tłuszcze (olej, masło, margaryna do smarowania)

11. Proszę podać produkty spożywcze/potrawy nielubiane:

12. Proszę podać ilość wypijanych płynów w ciągu dnia oraz rodzaj płynów np. kawa, herbata, soki, woda mineralna itp.:

13. Czy używa Pani/Pan w kuchni cukru i soli, jeśli tak to jak często?

14. Czy zwraca Pani/Pan uwagę na etykiety produktów jakie Pani/Pan kupuje pod kątem kaloryczności, zawartości cukru, soli, tłuszczu np.?

15. W jaki sposób Pani/Pan przygotowuje posiłki (smażenie na głębokim tłuszczu, gotowanie na parze, duszenie, grillowanie itp.)

16. Czy jest Pani/Pan skłonna zmienić swoje nawyki żywieniowe, godziny posiłków i ich częstotliwość?



17. Jakie ma Pani/Pan oczekiwania (redukcja wagi, zmiana nawyków żywieniowych, poprawa wyników badań itp.)?

18. Ile godzin Pani/Pan sypia w ciągu doby, o której zazwyczaj kładzie się Pani/Pan spać?

19. Czy posiada Pani/Pan aktualne badania krwi ? Jeśli tak, bardzo proszę o ich załączenie.

20. Proszę opisać swoje obecne samopoczucie (np. ospałość, problemy z oddychaniem, brak apetytu, spowolnienie przemiany materii, napady głodu itp.)