

**АНКЕТА**

*Предоставленные данные являются конфиденциальной*

*информацией и не подлежат передаче*

*Ф.И.О. :*

*Дата рождения:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Общие сведения | | | |
| 1 | *Какой у вас сейчас вес и как давно вы в нем находитесь?* | Напишите его значение и продолжительность | |
| 2 | *Что именно в таком весе или фигуре вас сейчас не устраивает?* |  | |
| 3 | *Какой вес вы считаете для себя комфортным?* | Укажите значение | |
| 4 | *Являетесь ли вы сыроедом?* | Да | Нет |
| 5 | *Являетесь ли вы вегетарианцем/веганом?* | Да | Нет |
| 6 | *Курите ли вы?* | Да | Нет |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Психологические особенности | | Никогда | Редко | Иногда | Часто | Очень часто |
|  | |  |  |  |  |  |
| 1 | *Возникает ли у вас желание есть, когда вы раздражены?* |  |  |  |  |  |
| 2 | *Если вы видите вкусную пищу и чувствуете ее запах, появляется ли у вас желание есть?* |  |  |  |  |  |
| 3 | *Если вы переели, будете ли вы на следующий день есть меньше?* |  |  |  |  |  |
| 4 | *Возникает ли у вас желание есть, когда вы подавлены?* |  |  |  |  |  |
| 5 | *Если у вас есть что-то вкусное, съедите ли вы это немедленно?* |  |  |  |  |  |
| 6 | *Стараетесь ли вы есть меньше, чтобы не поправиться?* |  |  |  |  |  |
| 7 | *Возникает ли у вас желание есть, когда вы предчувствуете какую-либо неприятность?* |  |  |  |  |  |
| 8 | *Если вы проходите мимо кафе или булочной, хочется ли вам купить что-то вкусное?* |  |  |  |  |  |
| 9 | *Часто ли вы стараетесь не есть вечерами, потому что следите за своим весом?* |  |  |  |  |  |
| 10 | *Возникает ли у вас желание есть, когда вы встревожены или напряжены?* |  |  |  |  |  |
| 11 | *Если еда хорошо выглядит и пахнет, едите ли вы больше обычного?* |  |  |  |  |  |
| 12 | *Оказывает ли влияние ваш вес, на выбор еды, которую вы едите?* |  |  |  |  |  |
| 13 | *Возникает ли у вас желание есть, когда вы испуганы?* |  |  |  |  |  |
| 14 | *Едите ли вы больше, чем обычно, в компании (когда едят другие)?* |  |  |  |  |  |
| 15 | *Если ваш вес начинает нарастать, едите ли вы меньше обычного?* |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Спорт | | | |
| 1 | *Какой ваш опыт занятий спортом, фитнесом?* | Занимаюсь более 3х лет | |
| Занимаюсь от 1 до 3х лет | |
| Занимаюсь от 0 до 12 месяцев | |
| Никогда не занимался (лась) | |
| 2 | *Сколько часов в неделю вы тренируетесь?* | 4 и более часов | |
| 1-3 часа | |
| Не тренируюсь | |
| 3 | *Знаете ли вы свой сердечный пульс в покое?* | Знаю и слежу за этим | |
| Знаю | |
| Не знаю | |
| 4 | *Тренировались ли вы с персональным тренером?* | Да, много раз | |
| Да | |
| Нет | |
| 5 | *Если ли у вас возможность сейчас посещать тренажерный зал?* | Да | Нет |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Замеры | | |
| 1 | *Обхват груди (только для мужчин)* |  |
| 2 | *Обхват бедер* |  |
| 3 | *Обхват бедра* |  |
| 4 | *Обхват шеи* |  |
| 5 | *Обхват голени* |  |
| 6 | *Обхват талии* |  |
| 7 | *Обхват плеча* |  |
| 8 | *Обхват запястья* |  |
| 9 | *Обхват предплечья* |  |
| 10 | *Вес* |  |
| 11 | *Рост* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Здоровье | | |
| 1 | *Имеете ли вы проблемы со здоровьем?* | опишите их | Нет |
| 2 | *Имеете ли вы проблемы с сердечно-сосудистой системой?* | опишите их | Нет |
| 3 | *Имеете ли вы проблемы с опорно-двигательным аппаратом?* | опишите их | Нет |
| 4 | *Имеются ли у ваших близких родственников сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, проблемы со щитовидной железой?* | опишите их | Нет |
| 5 | *Имеются ли у ваших близких родственников лишний вес?* | опишите их | Нет |
| 6 | *Повышено ли у вас артериальное давление?* | проблем нет | Нет |
| 7 | *Бывают ли у вас обмороки и головокружения?* | опишите их | Нет |
| 8 | *Страдаете ли вы сахарным диабетом?* | опишите их | Нет |
| 9 | *Есть ли у вас проблемы со зрением?* | опишите их | Нет |
| 10 | *Страдаете ли вы варикозной болезнью?* | опишите их | Нет |
| 11 | *Замечали ли вы у себя отечность рук/ног в вечернее время? (следы от носок/колец)* | опишите их | Нет |
| 12 | *Переносили ли вы операции?* | указать значения | Нет |
| 13 | *Имеются ли у вас обостряющиеся хронические заболевания?* | опишите их | Нет |
| 14 | *Имеются ли у вас хронические заболевания в стадии ремиссии?* | опишите тип и стадию | Нет |
| 15 | *Принимаете ли вы лекарственные средства на постоянной основе?* | опишите их | Нет |
| 16 | *Принимаете ли вы лекарственные средства периодически?* | опишите их | Нет |
| 17 | *Принимаете ли вы лекарственные средства в период обострения?* | опишите их | Нет |
| 18 | *Принимаете ли вы лекарственные средства сезонно?* | укажите их | Нет |
| 19 | *Принимаете ли вы какие-либо витаминно-минеральные комплексы?* | укажите их | Нет |
| 20 | *Принимаете ли вы гормональные противозачаточные препараты или антидепрессанты?* | укажите их | Нет |
| 21 | *Принимаете ли вы какие-либо биологически активные добавки?* | укажите их | Нет |
| 22 | *Были ли у вас переломы?* | укажите их | Нет |
| 23 | *Бывают ли у вас головокружения (одновременно с ощущением сухости во рту), учащенное мочеиспускание и кожный зуд?* | опишите их | Нет |
| 24 | *Были ли у вас черепно-мозговые травмы?* | опишите их | Нет |
| 25 | *Если вы женщина, имеются ли нарушения менструального цикла?* | укажите их | Нет |

**Новые привычки, новые знания, новая жизнь!**