



## Здравствуйте!

Меня зовут Юлия Воронова.

Я дипломированный доказательный нутрициолог.

Спасибо, что обратились за консультацией.

Чтобы она прошла максимально эффективно,  
заполните, пожалуйста, анкету.

После отправки анкета придет мне на электронную  
почту для анализа и разработки плана нашей с Вами  
работы.

### 1. Давайте познакомимся!

1.1 Ваши имя и фамилия:

1.2. Возраст:

1.3. Место жительства:

1.4 Ваш e-mail:

1.5 Род занятий:

1.6 Ваш вес (кг). Укажите, пожалуйста, довольны ли Вы своим весом:

1.7 Рост (см):

1.8 Ваш основной запрос для обращения с которым мы будем работать:

1.9 Оцените Вашу готовность вносить изменения в Ваш рацион и повседневные привычки:

- ☐ Готов к любым переменам 💪
- ☐ Готов частично/постепенно 🐢
- ☐ Совсем не готов 😬

## 💡 2. Ваша энергия и самочувствие

### ⚡ Уровень энергии

Отметьте вариант, который лучше всего описывает ваш текущий уровень энергии:

- ☐ Низкий — вообще нет энергии 😞
- ☐ Пониженный — энергии хватает на пару часов 😞
- ☐ Средний — энергии хватает на половину дня 😐
- ☐ Повышенный — начинаю уставать ближе к вечеру 😐
- ☐ Высокий — энергии хватает на весь день 😊

### 🏃 Насколько активный у Вас образ жизни?

Отметьте один вариант, который лучше всего отражает Вашу текущую активность:

- ☐ Малоподвижный — преимущественно сидячий образ жизни 🛋️
- ☐ Умеренная активность — немного движения 🚶
- ☐ Средняя активность — сбалансированный ритм 🚴
- ☐ Активный — регулярные занятия спортом 🏃
- ☐ Высокоактивный — интенсивные нагрузки и движение 🏋️

### 3. Ваше питание

3.1 Что Вас беспокоит в Вашем питании и привычках (коротко)?

3.2 Какой сейчас у Вас тип питания?

- ☐ Смешанный тип
- ☐ Преимущественно растительный
- ☐ 100% растительный
- ☐ Я — мясоед

3.3 Сколько раз в день/неделю? Вы едите животные продукты?

☐ Молочные

☐ Мясо

☐ Рыба

☐ Яйца

3.4 Ваше отношение к сладостям? Как часто Вы едите их?

3.5 Сколько воды (в литрах) Вы пьете в течение дня?

#### 4. Ваш сон и уровень стресса

4.1 Время отхода ко сну и время пробуждения:

4.2 Легко ли Вы засыпаете?

4.3 Вы просыпаетесь чаще всего...?

- ☐ ...усталым 🥱
- ☐ ...полным энергии ⚡

#### Уровень ежедневного стресса

Отметьте уровень, который соответствует Вашему текущему состоянию:

- ☐ 😌 Минимальный уровень стресса
- ☐ 😊 Низкий стресс
- ☐ 😐 Умеренный стресс
- ☐ 😬 Высокий стресс
- ☐ 😫 Постоянный ежедневный стресс

## 5. Что чувствует Ваше тело сейчас?

Отметьте ниже, если симптом был в течение последних 3 месяцев

- ☐ Отёчность
- ☐ Тусклая кожа
- ☐ Акне, высыпания, прыщи
- ☐ Псориаз / дерматит / нейродермит / экзема
- ☐ Регулярные боли в животе
- ☐ Боли в верхней части живота
- ☐ Боли в правом подреберье
- ☐ Боли в левом подреберье
- ☐ Боли внизу живота

Знаете ли Вы, с чем это связано, или есть ли у Вас диагнозы (перечислите диагнозы или причину симптомов)?

Бывает ли у Вас изжога?

- ☐ Да
- ☐ Нет

Регулярный ли у Вас стул? (один или более раз в день, без боли и неприятных ощущений)

- ☐ Да

☐ Нет

Бывают ли у Вас запоры?

☐ Да

☐ Нет

☐ Иногда

Бывает ли у Вас жидкий несформированный стул?

☐ Да

☐ Нет

☐ Иногда

Характерно ли для Вас вздутие? (регулярное)

☐ Да

☐ Нет



## 6. Состояние здоровья

6.1 Пожалуйста, отметьте, если у Вас наблюдаются указанные состояния или имеются эти диагнозы:

☐ Сахарный диабет

☐ Повышенный холестерин

☐ Повышенное давление (гипертония)

☐ Атеросклероз

☐ Инфаркт

☐ Инсульт

☐ Сердечный приступ

☐ Иные диагнозы (укажите, пожалуйста, их ниже)



**6.2 Заболевания или хронические особенности здоровья Ваших ближайших родственников (родителей, братьев, сестер, бабушек и дедушек):**

**6.3 Бывают ли у Вас регулярные головные боли?**

- ☐ Да (пожалуйста, опишите ниже причину или диагноз)

- ☐ Нет

**6.4 Оцените свой иммунитет**

- ☐ У меня достаточно крепкий иммунитет
- ☐ Частые простуды, ослабленный иммунитет

## 7. Женское здоровье

(блок анкеты, обязательный для женщин)

**7.1 Регулярный ли у Вас цикл?**

- ☐ Да
- ☐ Нет

**7.2 Были ли у Вас беременности, выкидыши, прерванные беременности (пожалуйста, ниже укажите количество)?**



7.3 Есть ли у Вас дети? Укажите количество.

7.4 Бывают ли у Вас болезненные менструации?

☐ Да

☐ Нет

7.5 Имеются ли у Вас нарушения менструального цикла?

☐ Да

☐ Нет

7.6 Есть ли у Вас известные диагнозы, связанные с женским здоровьем (пожалуйста, напишите ниже)?

 **Дополнительные комментарии/Ваши особенности, пожелания или наблюдения...**

**До встречи! ❤️**