

Wywiad żywieniowy

Podstawowe dane

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Płeć:

Masa ciała [kg]:

Wysokość ciała [cm]:

Adres e-mail:

Dodatkowe informacje, które powinienam uwzględnić podczas tworzenia indywidualnej diety (wypełnij po uzupełnieniu kwestionariusza):

.....

Cel konsultacji

Jaki jest Twój cel konsultacji?

.....

Jakie są Pana/Pani oczekiwania?

.....

Czy ma Pan/ Pani wsparcie do wdrożenia nowego stylu życia?

.....

Ile tygodniowo Pan/ Pani może przeznaczyć na zakup żywności? (np. chcę żyć oszczędnie/ ważna jest dla mnie jakość i smak itd.)

.....

Informacje pomocne przy analizie postępów żywieniowych

Data pierwszych pomiarów:

OBWODY	Wyniki pomiarów (cm)
Talii (na wysokości pępka)	
Bioder	
Szyi	
Uda	
Ramienia	

Informacje o stylu życia

Jak wygląda Pana/Pani dzień/ o której Pan/pani zazwyczaj wstaje i chodzi spać?

.....

Jak długo zazwyczaj Pan/ Pani śpi?

.....

Jak ocenia Pan/Pani swój tryb życia – aktywny czy bierny?

.....

Ile spożywa Pan/ Pani posiłków?

.....

Czy i jak często pojawiają się w diecie przekąski rekreacyjne (słodkie, fast-food, napoje słodzone, lody, ciasta itd.)?

.....

Pod jaką postacią najczęściej?

.....

Co najczęściej Pan/Pani pije w ciągu dnia?

.....

Jak dużo płynów Pan/Pani przyjmuje w ciągu dnia?

.....

Jak często spożywa Pan/Pani alkohol? Pod jaką postacią najczęściej?

.....

Czy spożywa Pan/Pani posiłki mięsne w piątki?

.....

Czy stosuje Pan/Pani specjalny sposób odżywiania? (np. dieta bezglutenowa, bezlaktozowa, wegetariańska)

.....

Czy stosujesz suplementy diety? Jeśli TAK, to jakie?

.....

Aktywność fizyczna

Czy regularnie uprawia Pan/ Pani aktywność fizyczną?

.....

W jakie dni uprawia Pan/ Pani aktywność fizyczną?

.....

Jaki rodzaj aktywności Pan/ Pani podejmuje?

.....

W jakich godzinach trenujesz? (wpisz godziny aktywności)

.....

Informacje o wykonywanej pracy

Jaki jest twój archetyp?

- ☐ Uczeń/ student
- ☐ Posiadam stresującą pracę, żyje w pośpiechu
- ☐ Sportowiec
- ☐ Pracownik biurowy
- ☐ Osoba przewlekle chora lub z problemami zdrowotnymi
- ☐ Inne (jakie?) →

Rodzaj wykonywanej pracy:

- ☐ Nie dotyczy
- ☐ Siedząca
- ☐ Fizyczna
- ☐ Mieszana

W jakich godzinach Pan/Pani pracuje?

.....

Czy ma Pan/Pani możliwość spożywania posiłków w pracy o dowolnych godzinach czy o konkretnej godzinie? Jeśli tak to o której?

.....

Co najczęściej Pan/Pani je w czasie pracy?

.....

Co najczęściej Pan/Pani pije w czasie pracy?

.....

Czy jest możliwość odgrzania posiłku w pracy?

.....

Ile może Pan/Pani poświęcić czasu na zrobienie śniadania przed wyjściem do pracy?

.....

Informacje o stanie zdrowia

Jak oceniasz swój stan zdrowia? (dobry, zły, bardzo dobry, bardzo zły)

.....

Czy aktualnie leczy się Pan/Pani z powodu jakiejś choroby lub ma Pan/Pani z nią związane problemy zdrowotne?

.....

Czy cierpi Pan/ Pani na alergię pokarmowe? Jakiej?

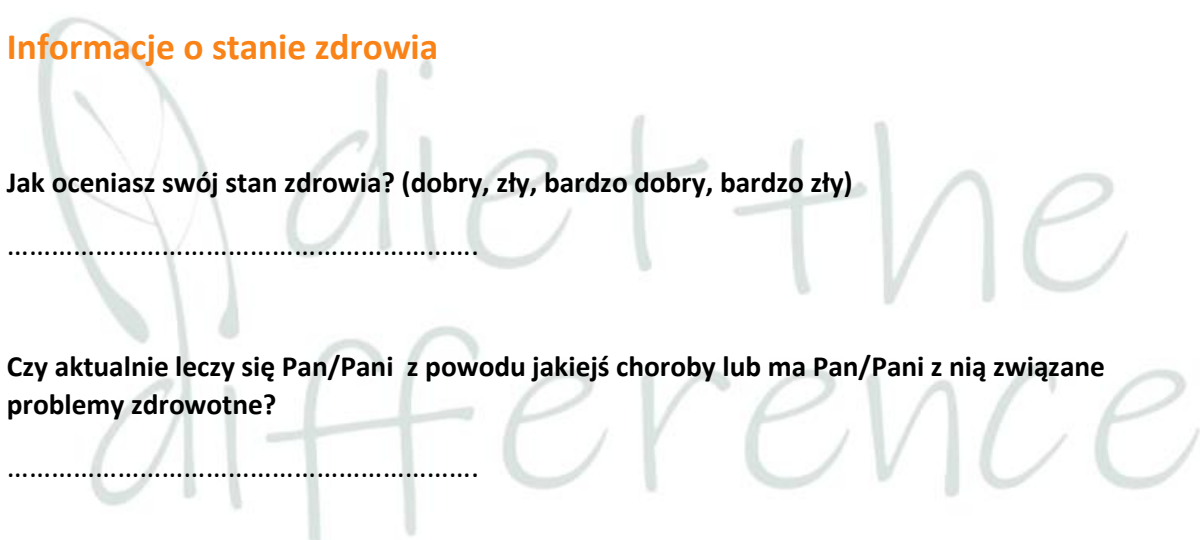
.....

Czy cierpi Pan/ Pani na alergię pokarmowe? Jakiej?

.....

Czy zażywa Pan/Pani regularnie jakieś leki?

.....



Informacje o stosowanych dietach

Czy stosował/a Pan/Pani specjalną dietę/ ograniczenia żywieniowe?

.....

Jaki był rezultat stosowanej diety?

.....

Jak długo utrzymały się efekty?

.....

Samopoczucie

Jaki jest Twój poziom energii przy obecnym stylu życia?

.....

Jak często występują u Pana/Pani sytuacje stresowe? Jak radzi Pan/Pani sobie w takich sytuacjach?

.....

Wytyczne do diety

Wymień wszystkie potrawy i produkty, których nie lubisz i nie chcesz mieć ich w swojej diecie.

.....

Czy preferujesz śniadania w postaci zup mlecznych np. owsianka, jaglanka, Muesli czy inne? Czy lubisz jogurt z granolą, owocami i orzechami? Jak często mogą występować takie posiłki?

.....

Czy chcesz by posiłki z diety (śniadania, kolacje i obiady) były przygotowywane na dwa dni?

.....

LISTA PRODUKTÓW – proszę określić preferencje

	NIE	TAK
PRODUKTY ZBOŻOWE		
Pieczywo ciemne		
Pieczywo jasne		
Kasza gryczana		
Kasza jęczmienna		
Kasza jaglana		
Kuskus		
Pęczak		
Ryż		
Makaron		
Ziemniaki		
Płatki kukurydziane (z mlekiem/ jogurtem?)		
Płatki owsiane		
Otręby		
Muesli		
Kasza manna		
PRODUKTY MLECZNE		
Mleko (jakie?)		
Jogurt		
Kefir/maślanka		
Sery twarogowe		

Sery żółte		
Feta		
Mozzarella		
Sery pleśniowe		
Ser kozi		
Jaja		
MIĘSA I RYBY		
Drób		
Wołowina		
Wieprzowina		
Wędliny		
Salami		
Szynka parmeńska		
Kiełbasy		
Parówki		
Ryby świeże		
Ryby wędzone (pstrąg, makrela, łosoś)		
Ryby w puszkach		
WARZYWA I OWOCE		
Warzywa (m.in. pomidory, ogórki, cukinia, szpinak, bakłażan, oliwki, kapary, suszone pomidory)		
Owoce (banany, jabłka, pomarańcze, mango, figi, gruszki)		
Suszone owoce (figi, morele, żurawina, rodzynku, daktyle, śliwki)		
Orzechy (jakie?)		
TŁUSZCZE		
Masło/margaryna		
oleje		
PRZYPRAWY		
Przyprawy (wypisz jakie)		

PRZYKŁADOWY DZIEŃ

	Godzina posiłku	Co zazwyczaj jemy
Śniadanie		
II śniadanie		
Obiad		
Podwieczorek		
Kolacja		

diet the
difference

Informacje dodatkowe

Napisz Mi coś o sobie, bym mogła lepiej Cię poznać! 😊

.....

.....

.....

.....