**Wywiad żywieniowy**

**Podstawowe dane**

**Imię i nazwisko:**

**Data urodzenia:**

**Płeć:**

**Masa ciała [kg]:**

**Wysokość ciała [cm]:**

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

……………………………………………………….

**Cel konsultacji**

**Jaki jest Pana/ Pani cel konsultacji?**

……………………………………………………….

**Jakie są Pana/Pani oczekiwania?**

……………………………………………………….

**Czy ma Pan/ Pani wparcie 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, itp.)

……………………………………………………….

**Informacje pomocne przy analizie postępów żywieniowych**

**Data pierwszych pomiarów:**

|  |  |
| --- | --- |
| **OBWODY** | **Wyniki pomiarów (cm)** |
| *Talii ( na wysokości pępka)* |  |
| *Bioder (najszersze miejsce)* |  |
| *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 (słodycze, 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?** (np. na ilość szklanek)

……………………………………………………….

**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 stosuje Pan/Pani 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 Pan/Pani trenuje? (wpisz godziny aktywności)**

……………………………………………………….

**Informacje o wykonywanej pracy**

**Jaki jest Pana/ Pani 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 są to konkretne godziny to proszę je podać.**

……………………………………………………….

**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 ocenia Pan/ Pani 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? Jakie?**

……………………………………………………….

**Czy cierpi Pan/ Pani na nietolerancje pokarmowe? Jakie?**

……………………………………………………….

**Czy zażywa Pan/Pani regularnie jakieś leki?**

……………………………………………………….

**Informacje o stosowanych dietach**

**Czy stosował/a Pan/Pani specjalna dietę/ ograniczenia żywieniowe?**

……………………………………………………….

**Jaki był rezultat stosowanej diety?**

……………………………………………………….

**Jak długo utrzymały się efekty?**

……………………………………………………….

**Samopoczucie**

**Jaki jest Pana/Pani 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, które Pan/Pani lubi lub nie chce mieć ich w swojej diecie.**

……………………………………………………….

**Czy preferuje Pan/Pani śniadania w postaci zup mlecznych np. owsianka, jaglanka, Muesli czy inne? Czy lubi Pan/Pani jogurt z granolą, owocami i orzechami? Jak często mogą występować takie posiłki?**

……………………………………………………….

**Czy chce Pan/Pani by posiłki z diety (śniadania, kolacje i obiady) były przygotowywane na dwa dni? Jeśli tak, to które posiłki mogłyby się powtarzać?**

……………………………………………………….

**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** |  |  |

**Informacje dodatkowe**

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

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**