|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  |
| **NUMER TELEFONU** |  |
| **DATA URODZENIA** |  |
| **MASA CIAŁA [kg]** |  | **WZROST [cm]** |  |
| **OBWÓD TALII** |  | **OBWÓD BIODER** |  |
| **JAKI JEST CEL TERAPII (odchudzanie, przyrost masy ciała, zdrowe żywienie w zdrowiu lub chorobie)** |  |
| **Jaką masę ciała chciałaby/chciałby Pani/Pan osiągnąć?** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **JAKI RODZAJ NAPOJÓW PANI/PAN WYPIJA?****(np. woda mineralna, herbata, wody smakowe, napoje słodzone, soki owocowe, soki warzywne)** |  |
| **CZY SŁODZI PANI/PAN HERBATĘ/KAWĘ?****JEŻELI TAK, TO CZYM?** **(np. cukier, słodzik, miód)** |  |
| **CZY STOSUJE PANI/PAN JAKIEŚ UŻYWKI (papierosy, kawa, alkohol)?** |  |
| **Jeśli pije Pani/Pan kawę to z mlekiem, śmietaną czy czarną?** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PLAN DNIA (o której Pani/Pan wstaje, w jakich godzinach pracuje, o której ma Pani/Pan przerwę w pracy/szkole, jakie zajęcia po pracy, o której idzie Pani/Pan spać, jak wyglądają weekendy)** |  |
| **ILE POSIŁKÓW DZIENNIE PANI/PAN SPOŻYWA?** |  |
| **W JAKICH GODZINACH SPOŻYWA PANI/PAN POSIŁKI?** |
| *ŚNIADANIE* |  |
| *II ŚNIADANIE* |  |
| *OBIAD* |  |
| *PODWIECZOREK* |  |
| *KOLACJA* |  |
| **JAK OCENIA PANI/PAN SWOJĄ AKTYWNOŚĆ FIZYCZNĄ (jaki rodzaj aktywności, jak często, jak długo)?** |  |
| **JAKI TYP PRACY PANI/PAN WYKONUJE (praca siedząca, praca fizyczna ciężka/lekka)?** **W jakich godzinach?** |  |
| **CZY MA PANI/PAN MOŻLIWOŚĆ PRZYGOTOWANIA/PODGRZANIA POSIŁKU W PRACY/SZKOLE?** |  |
| **CZY ZWRACA PANI/PAN UWAGĘ NA TO CO JE?** |  |
| **CZY PLANUJE PANI/PAN POSIŁKI Z WYPRZEDZENIEM?** |  |
| **KTO GOTUJE W DOMU?** |  |
| **JAK CZĘSTO JADA PANI/PAN „NA MIEŚCIE”** |  |
| **ULUBIONE PRODUKTY** |  |
| **PRODUKTY KTÓRYCH PANI/PAN NIE LUBI** |  |
| **JAKIE PRODUKTY PANI/PANU SZKODZĄ?****(np. powodują zgagę, zaparcia, nadmierne odbijanie)** |  |
| **JAKIE WARZYWA I OWOCE PANI/PAN SPOŻYWA?** **JAK CZĘSTO?** |  |
| **CZY SPOŻYWA PANI/PAN KASZE?****JAKI RODZAJ (jęczmienna, jaglana, kuskus, gryczana, manna)?** **JAK CZĘSTO?** |  |
| **JAKI RODZAJ PIECZYWA PANI/PAN SPOŻYWA NAJCZĘŚCIEJ?** |  |
| **CZYM PANI/PAN SMARUJE PIECZYWO?** |  |
| **CZY SPOŻYWA PANI/PAN RYBY?****JAK CZĘSTO? JAKI RODZAJ?** |  |
| **CZY JE PANI/PAN MIĘSO?****JAK CZĘSTO? JAKI RODZAJ?** |  |
| **CZY SPOŻYWA PANI/PAN OWOCE MORZA?****JAKIE? JAK CZĘSTO?** |  |
| **CZY SPOŻYWA PANI/PAN PRODUKTY NABIAŁOWE?****JAK CZĘSTO?** |  |
| **CZY SPOŻYWA PANI/PAN NASIONA ROŚLIN STRĄCZKOWYCH (np. fasola, groch, soczewica, soja)****JAKIE? JAK CZĘSTO?** |  |
| **CZY SPOŻYWA PANI/PAN ZIEMNIAKI, RYŻ, KASZE Z SOSAMI CZY BEZ ICH DODATKU? JAKIE SOSY?** |  |
| **JAKIE PRZYPRAWY PANI/PAN STOSUJE DO PRZYGOTOWYWANIA POTRAW?** |  |
| **CZY SPOŻYWA PANI/PAN KETCHUP/MAJONEZ/SOS CZOSNKOWY LUB INNE SOSY?** |  |
| **CZY LUBI PANI/PAN ZUPY?** |  |
| **JAKIE TECHNIKI KULINARNE PANI/PAN STOSUJE (gotowanie, smażenie, gotowanie na parze, pieczenie, grillowanie)?** |  |

|  |
| --- |
| **CO ZWYCZAJOWO SPOŻYWA PANI/PAN NA:** |
| **ŚNIADANIE** |  |
| **II ŚNIADANIE** |  |
| **OBIAD** |  |
| **PODWIECZOREK** |  |
| **KOLACJA** |  |
| **CO SPOŻYWA PANI/PAN MIĘDZY POSIŁKAMI GŁÓWNYMI?****JAK CZĘSTO?** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CZY JEST PANI W CIĄŻY?****JEŻELI TAK, KTÓRY TYDZIEŃ?** |  |
| **CZY KARMI PANI PIERSIĄ?****CZY ZAUWAŻYŁA PANI NIETYPOWE OBJAWY U DZIECKA PO SPOŻYCIU WYBRANYCH POKARMÓW, JAKICH?** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CZY WYSTĘPUJĄ U PANI/PANA ALERGIE POKARMOWE?** |  |
| **CZY WYSTĘPUJĄ U PANI/PANA JAKIEŚ JEDNOSTKI CHOROBOWE (np. cukrzyca, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, usunięty pęcherzyk żółciowy, choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy)?** |  |
| **WYNIKI BADAŃ KRWI (Uzupełnić lub załączyć do maila skan/zdjęcie posiadanych wyników)** | **Ciśnienie krwi** |  |
| **Cholesterol całkowity** |
| **Cholesterol LDL** |  |
| **Cholesterol HDL** |  |
| **Trójglicerydy** |  |
| **Glukoza** |  |
| **Hemoglobina (HGB)** |  |
| **Erytrocyty (RBC)** |  |
| **Hematokryt (HCT)** |  |
| **MCV** |  |
| **Inne (wpisać jakie)** |  |
| **WYNIKI BADAŃ MOCZU** | **Cukier** |  |
| **Białko** |
| **Inne wyniki badań** |  |
| **CZY STOSUJE PANI/PAN LEKI?****JEŻELI TAK TO JAKIE?** |  |
| **CZY STOSUJE PANI/PAN SUPLEMENTY?** **JEŻELI TAK TO JAKIE?** |  |

**UWAGA!!!**

Bardzo proszę o skrupulatne wypełnienie formularza, aby dieta była w pełni dopasowana do Państwa potrzeb

Ważne jest, aby informacje podane w formularzu były zgodne ze stanem rzeczywistym. W przeciwnym wypadku dieta będzie nieskuteczna, a u osób chorych może prowadzić nawet do pogorszenia stanu zdrowia!!

Warto dołączyć skany lub zdjęcia aktualnych wyników badań.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |