

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?	

<p>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)</p>	
<p>ILE POSIŁKÓW DZIENNIE PANI/PAN SPOŻYWA?</p>	
<p>W JAKICH GODZINACH SPOŻYWA PANI/PAN POSIŁKI?</p>	
<p><i>ŚNIADANIE</i></p>	
<p><i>II ŚNIADANIE</i></p>	
<p><i>OBIAD</i></p>	
<p><i>PODWIECZOREK</i></p>	
<p><i>KOLACJA</i></p>	
<p>JAK OCENIA PANI/PAN SWOJĄ AKTYWNOŚĆ FIZYCZNĄ (jaki rodzaj aktywności, jak często, jak długo)?</p>	
<p>JAKI TYP PRACY PANI/PAN WYKONUJE (praca siedząca, praca fizyczna ciężka/lekka)? W jakich godzinach?</p>	
<p>CZY MA PANI/PAN MOŻLIWOŚĆ PRZYGOTOWANIA/PODGRZANIA POSIŁKU W PRACY/SZKOLE?</p>	
<p>CZY ZWRACA PANI/PAN UWAGĘ NA TO CO JE?</p>	
<p>CZY PLANUJE PANI/PAN POSIŁKI Z WYPRZEDZENIEM?</p>	
<p>KTO GOTUJE W DOMU?</p>	
<p>JAK CZĘSTO JADA PANI/PAN „NA MIEŚCIE”</p>	

<p>ULUBIONE PRODUKTY</p>	
<p>PRODUKTY KTÓRYCH PANI/PAN NIE LUBI</p>	
<p>JAKIE PRODUKTY PANI/PANU SZKODZĄ? (np. powodują zgagę, zaparcia, nadmierne odbijanie)</p>	
<p>JAKIE WARZYWA I OWOCE PANI/PAN SPOŻYWA?</p> <p>JAK CZĘSTO?</p>	
<p>CZY SPOŻYWA PANI/PAN KASZE?</p> <p>JAKI RODZAJ (jęczmienna, jaglana, kuskus, gryczana, manna)?</p> <p>JAK CZĘSTO?</p>	
<p>JAKI RODZAJ PIECZYWA PANI/PAN SPOŻYWA NAJCZĘŚCIEJ?</p>	
<p>CZYM PANI/PAN SMARUJE PIECZYWO?</p>	
<p>CZY SPOŻYWA PANI/PAN RYBY?</p> <p>JAK CZĘSTO? JAKI RODZAJ?</p>	
<p>CZY JE PANI/PAN MIĘSO?</p> <p>JAK CZĘSTO? JAKI RODZAJ?</p>	
<p>CZY SPOŻYWA PANI/PAN OWOCE MORZA?</p> <p>JAKIE? JAK CZĘSTO?</p>	
<p>CZY SPOŻYWA PANI/PAN PRODUKTY</p>	

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 CHOROBY (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.
