

Imię i nazwisko: _____

Pytania podstawowe

1. Jaki jest Twój adres email?

2. Jaka jest Twoja data urodzenia?

3. Jaka jest Twoja płeć?

Kobieta

Mężczyzna

4. Ile ważysz?

5. Ile masz wzrostu?

6. Jak określisz swój archetyp?

Uczeń/student

Pracownik biurowy

Osoba posiadająca bardzo stresującą pracę, żyjąca w pośpiechu

Osoba z problemami zdrowotnymi/przewlekłymi chorobami

Sportowiec

Mama wracająca do formy

Inne

7. Jeśli zaznaczyłeś inne, napisz jak określisz swój archetyp?

8. Jaki rodzaj pracy wykonujesz?

siedząca

fizyczna

mieszana

nie pracuję

9. W jakich godzinach pracujesz?

7-15

8-16

9-18

Inne

10. Jeśli zaznaczyłeś inne, napisz w jakich godzinach pracujesz?

11. O której godzinie zazwyczaj wstajesz?

12. O której godzinie zazwyczaj kładziesz się spać?

13. Czy jesteś w ciąży?

Tak

Nie

Planuję zajść w ciążę

14. Czy palisz papierosy?

Tak

Nie

Zdarza mi się czasami zapalić

15. Jaki jest Twój poziom energii przy obecnym stylu życia?

Odczuwam ciągłe zmęczenie, mam problemy ze wstawaniem z łóżka i nic mi się nie chce

Często odczuwam zmęczenie i senność, nie mam ochoty by zaczynać coś nowego

Nie tryskam energią, ale mam energię by pokonywać codzienne wyzwania

Mam powera od samego rana i chętnie podejmuję ponadprogramowe działania

Jestem wulkanem energii i ciężko mnie zatrzymać!

Pytania o aktywność

16. Czy regularnie uprawiasz aktywność fizyczną?

Tak

Nie

17. W jakie dni uprawiasz aktywność fizyczną?

- Poniedziałek
- Środa
- Piątek
- Niedziela

- Wtorek
- Czwartek
- Sobota

18. Jaki rodzaj aktywności podejmujesz?

- Bieganie
- Pływanie
- Aerobik
- Jazda na rowerze
- Siłownia
- Inne

19. Jeśli zaznaczyłeś inne, napisz jaki rodzaj aktywności podejmujesz?

20. W jakich godzinach trenujesz? (wpisz godziny aktywności)

Pytania żywieniowe

21. Czy stosowałeś kiedykolwiek ograniczenia żywieniowe / specjalną dietę?

- Tak
- Nie

22. Jeśli zaznaczyłeś TAK, napisz jakie?

23. Czy w przeciągu ostatnich 6 miesięcy odchudzałeś/eś się?

- Tak
- Nigdy się nie odchudzałam/em
- Nie

24. Jeśli zaznaczyłeś TAK, napisz ile kilogramów udało Ci się zredukować?

25. Czy po diecie odchudzającej wystąpił efekt jo-jo?

- Tak Nie

26. Ile razy dziennie pijasz kawę?

- nie pijam kawy 1 kawę
 2 kawy 3 kawy
 więcej kaw

27. Ile posiłków dziennie zjadasz?

- 1-2 3
 4 5
 Powyżej 5

28. Co najczęściej pijesz?

- wodę niegazowaną wodę gazowaną
 słodzone soki, nektary owocowe i warzywne świeże soki owocowo-warzywne
 słodzone napoje gazowane lub energetyki kawę
 herbatę zioła
 napoje alkoholowe

29. Jak dużo płynów pijesz w ciągu dnia?

- mniej niż 1 litr 1 do 1,5 litra
 1,5-2 litry więcej niż 2 litry

30. Jakie produkty spożywasz najczęściej?

- słodycze i ciasta produkty zbożowe (pieczywo, makarony, kasze itp.)
 mleko, sery, jogurty posiłki mączne (pierogi, naleśniki, kluski itp.)
 posiłki sone posiłki pikantne
 posiłki mięsne owoce
 warzywa

31. Jakich produktów nie lubisz jeść i nie chciałbyś mieć w swoim jadłospisie?

32. Jakie produkty lubisz jeść?

33. Czy przygotowujesz posiłki samodzielnie?

- Tak Nie

34. Jakie sposoby gotowania lubisz najbardziej?

- smażenie pieczenie
 duszenie gotowanie w wodzie
 gotowanie na parze

35. Jak często jadasz w restauracjach typu fast food?

- codziennie 1-2 razy w tygodniu
 3-4 razy w tygodniu 1-3 razy w miesiącu
 rzadziej niż raz w miesiącu

36. Ile miesięcznie możesz przeznaczyć na zakup żywności?

- Chcę jeść oszczędnie Chcę jeść oszczędnie, ale mogę pozwolić sobie czasami na większe wydatki
 Najważniejsza jest dla mnie jakość żywności, cena jest mniej ważna

37. Który z Twoich posiłków jest największy?

- śniadanie drugie śniadanie
 obiad podwieczorek
 kolacja

38. Czy podjadasz między posiłkami?

- zawsze czasami
 nigdy w sytuacjach stresowych

39. Ile razy w miesiącu spożywasz alkohol?

- wcale 1-4 razy
 więcej niż 4 razy

40. Czy spożywasz produkty mięsne w piątki?

Tak

Nie

41. Czy stosujesz specjalny sposób odżywiania?

jestem wegetarianinem

jestem weganinem

jestem na diecie bezglutenowej

jestem na diecie bezlaktozowej

jestem na diecie Paleo

nie, jem wszystkie produkty

Inne

42. Jeśli zaznaczyłeś inne, napisz jaki stosujesz sposób odżywiania?

43. Czy stosujesz suplementy diety?

Tak

Nie

44. Jeśli zaznaczyłeś TAK, napisz jakie?

Pytania o stan zdrowia

45. Jak oceniasz swój stan zdrowia?

Bardzo źle

Źle

Nie jest źle, ale mogłoby być znacznie lepiej

Dobrze

Bardzo dobrze

46. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodziłaś/eś zabiegi operacyjne w obrębie jamy brzusznej lub przewodu pokarmowego?

Tak

Nie

47. Jeśli zaznaczyłeś TAK, napisz jaki to był zabieg operacyjny?

48. Czy aktualnie leczysz się z powodu, któregoś z poniższych chorób lub masz poniższe problemy zdrowotne?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze | <input type="checkbox"/> Choroba wieńcowa |
| <input type="checkbox"/> Wysoki poziom cholesterolu całkowitego | <input type="checkbox"/> Wysoki poziom trójglicerydów |
| <input type="checkbox"/> Miażdżycy | <input type="checkbox"/> Cukrzyca typu I |
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca typu II | <input type="checkbox"/> Cukrzyca ciążowa |
| <input type="checkbox"/> Choroba wrzodowa żołądka | <input type="checkbox"/> Choroba wrzodowa dwunastnicy |
| <input type="checkbox"/> Zespół jelita drażliwego | <input type="checkbox"/> Nadmierne wzdęcia |
| <input type="checkbox"/> Przewlekłe biegunki | <input type="checkbox"/> Problemy z zaparciami |
| <input type="checkbox"/> Nadczynność tarczycy | <input type="checkbox"/> Niedoczynność tarczycy |
| <input type="checkbox"/> Choroba Gravesa Basedowa | <input type="checkbox"/> Hashimoto |
| <input type="checkbox"/> Wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C | <input type="checkbox"/> Kamica żółciowa |
| <input type="checkbox"/> Marskość wątroby | <input type="checkbox"/> Przewlekłe zapalenie trzustki |
| <input type="checkbox"/> Celiakia | <input type="checkbox"/> Nietolerancja laktozy |
| <input type="checkbox"/> Kamica nerkowa | <input type="checkbox"/> Nie, nie cierpię na żadne z powyższych |

49. Niestety lista chorób ciągnie się dalej, ale informacja ta jest dla nas bardzo ważna! Czy aktualnie leczysz się z powodu, któregoś z poniższych chorób lub masz poniższe problemy zdrowotne?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kłębuszkowe zapalenie nerek | <input type="checkbox"/> Niewydolność nerek |
| <input type="checkbox"/> Dna moczanowa | <input type="checkbox"/> Zespół Policystycznych Jajników (PCOS) |
| <input type="checkbox"/> Zespół Cushinga (ZC) | <input type="checkbox"/> Osteoporoza |
| <input type="checkbox"/> Anemia z niedoboru żelaza | <input type="checkbox"/> Anemia z niedoboru witaminy B12 |
| <input type="checkbox"/> Anemia z niedoboru kwasu foliowego | <input type="checkbox"/> Kłopoty z zasypianiem |
| <input type="checkbox"/> Nadmierna senność po posiłku | <input type="checkbox"/> Wzmożony apetyt |
| <input type="checkbox"/> Alergie wziewne | <input type="checkbox"/> Problem z wypadaniem włosów |
| <input type="checkbox"/> Problem z łamiącymi się paznokciami | <input type="checkbox"/> Ciągłe zmęczenie |
| <input type="checkbox"/> Częste infekcje dróg moczowych | <input type="checkbox"/> Częste infekcje dróg rodnych |
| <input type="checkbox"/> Częste obrzęki | <input type="checkbox"/> Choroby reumatyczne |
| <input type="checkbox"/> Reumatoidalne zapalenie stawów | <input type="checkbox"/> Nie, nie cierpię na żadne z powyższych |
| <input type="checkbox"/> Inne | |

50. Jeśli zaznaczyłeś inne, napisz jakie masz problemy zdrowotne?

51. Czy cierpisz na alergie pokarmowe?

Tak

Nie

52. Jeśli zaznaczyłeś TAK, napisz na jakie?

53. Czy cierpisz na nietolerancje pokarmowe?

Tak

Nie

54. Jeśli zaznaczyłeś TAK, napisz na jakie?

55. Czy masz problemy skórne?

Tak

Nie

56. Jeśli zaznaczyłeś TAK, napisz jakie?

57. Czy przebyłaś/eś choroby nowotworowe?

Tak

Nie

58. Jeśli zaznaczyłeś TAK, napisz jakie?

59. Jak długo chorujesz na wyżej zaznaczone dolegliwości?

60. Czy osoby z Twojej najbliższej rodziny (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie) też chorują na te choroby?
Jeśli tak, na jakie?

61. Czy zażywasz regularnie jakieś leki?

Tak

Nie

62. Jeśli zaznaczyłeś TAK, napisz jakie?

Informacje dodatkowe

63. Napisz dietetykowi coś o sobie, by mógł lepiej Cię poznać!



Kcal
mar
.pro