

ANKIETA – przed wizytą u dietetyka

Witam serdecznie,

Ankieta pomoże mi przeanalizować nawyki żywieniowe oraz ustalić indywidualną dietę. Im bardziej szczegółowo zostanie uzupełniona, tym konsultacja oraz jadłospis będą lepiej dopasowane.

Do zobaczenia,
Dominika Malinowska

Dane osobowe:

Imię i nazwisko:

E-mail do wysyłania diety i/lub kontaktu*:

*Udostępniony przez Państwa email będzie służył jedynie do przesłania diety, kontaktu z Państwem.

Jednocześnie zapewniam, że Twój adres email nie zostanie udostępniony bądź odsprzedany osobom trzecim.

1. Wiek:
2. Wzrost (cm):
3. Masa ciała (kg):
4. Podstawowe wymiary (cm): (do wypełnienia dla chętnych)
 - a. ramię:
 - b. biust:
(dotyczy kobiet)
 - c. klatka piersiowa:
(u kobiet pomiar pod biustem)
 - d. talia:
(należy mierzyć pod dolną linią żeber, ok. 1-2 cm nad pępkiem, rano na czczo, po wypuszczeniu powietrza i bez wciągniętego brzucha)
 - e. biodra:
 - f. udo:
 - g. łydka:
5. Co chciałabyś/chciałbyś osiągnąć, zmienić? W jakim czasie? Czego oczekujesz ode mnie?
6. Stan zdrowia, alergie, schorzenia przewlekłe, zażywane leki:
7. Czy występują lub występowały kiedykolwiek (jak tak to jakie/kiedy) problemy z:
 - a. glikemią?
 - b. gospodarką lipidową?
 - c. przewodem pokarmowym?
 - d. miesiączką?
(dotyczy kobiet)
 - e. gospodarką żelaza?(anemia)
 - f. aparatem ruchu?

8. Praca/Szkoła:
 - a. Typ (np. siedząca, fizyczna,...):
 - b. System: stały/zmianowy:
 - c. Godziny pracy/szkoły:
 - d. Możliwość podgrzewania posiłków w czasie pracy:
 - e. Ważne uwagi:
9. Aktywność w ciągu dnia:
10. Treningi (rodzaj, czas trwania jednego treningu, częstotliwość aktywności):
11. Informacje na temat masy ciała (Czy jest stała? Czy zmieniła się w przeciągu ostatnich 2 miesięcy? Jeśli, tak to o ile kg spadła/wzrosła?)
12. Możliwości czasowe na przygotowanie posiłków (małe/średnie/duże):
13. Umiejętności kulinarne:
14. Preferowana liczba posiłków:
15. Preferencje kulinarne (wymienić, opisać):
16. Czy jest produkt bez którego nie wyobrażasz sobie życia?
17. Lubiane produkty i dania:
18. Nielubiane produkty i dania:
19. Aktualnie stosowane suplementy:
20. Ilość i jakość snu :
21. Dotyczy kobiet – czy cykl miesięczny jest regularny? Czy występuje nadmierne gromadzenie wody, obfite krwawienia miesięczne lub inne ?
22. Czy wypadają włosy lub łamią się paznokcie?
23. Czy występują jakieś problemy gastryczne ? (wzdęcia, gazy, biegunki, ...) Jeśli tak – po jakich produktach?
24. Jakie są największe trudności z przestrzeganiem diety?
25. Co jadłaś/eś przez ostatnie 3 dni? Wymień wszystkie produkty i ich wielkości, zapisz nawet jednego orzeszka ;) oraz to co pijesz. Warto też zanotować rodzaj, np. pieczywa, mleka, kaszy.