

Formularz żywieniowy Pacjenta

Drogi Pacjencie,

Proszę wypełnić poniższy formularz zgodnie z prawdą. Można pominąć niektóre pytania - na wizycie będziemy jeszcze raz wspólnie przeglądać uzupełniony formularz.

***Wymagane**

1. Adres e-mail *

2. Imię i nazwisko: *

3. Aktualna waga: *

4. Wzrost: *

5. Data urodzenia: (rok urodzenia ustawiamy - klikając w lewy górny róg kalendarza) *

Przykład: 7 stycznia 2019

6. Numer telefonu: *

7. Rodzaj wykonywanej pracy:

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

Siedząca/bierna

Stojąca/aktywna

Praca zmianowa

Inne: _____

8. O której godzinie zazwyczaj Pan/i wstaje?

Przykład: 8:30

9. O której godzinie zazwyczaj Pan/i kładzie się spać?

Przykład: 8:30

10. W jakich sklepach robi Pan/i zakupy:

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

Topaz

Biedronka

Lidl

Gama

Inne/osiedlowe sklepy

Oczekiwania/ wymagania wobec diety

11. Cel diety (proszę wybrać max. 2 cele)

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Redukcja masy ciała
- Zmiana nawyków żywieniowych
- Wspomaganie treningu
- Dieta w schorzeniach: nadciśnienie, cholesterol, podwyższony poziom cukru, cukrzyca typu II, dna moczniowa, choroby układu krążenia, kamica, insulinooporność, PCOS, bóle brzucha, zaparcia, wzdęcia, hormony tarczycy (niedoczynność/nadczynność, Hashimoto), IBS, alergie pokarmowe, antykoncepcja hormonalna

12. Schorzenia - jeśli istnieją, proszę o wypisanie:

13. Czy stosował Pan/i wcześniej jakąś dietę?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Tak
- Nie

Obecny styl życia/ przyzwyczajenia

14. 1. Posiłki zazwyczaj jem w:

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

	W domu	Poza domem
Śniadanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II śniadanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obiad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podwieczorek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolacja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. 2. Na I ŚNIADANIE zazwyczaj jem - proszę podać składniki:

16. 3. Na II ŚNIADANIE zazwyczaj jem - proszę podać składniki:

17. 4. Na OBIAD zazwyczaj jem - proszę podać składniki:

18. 5. Na PODWIECZOREK zazwyczaj jem - proszę podać składniki:

19. 6. Na KOLACJĘ zazwyczaj jem - proszę podać składniki:

20. 7. Obiad gotuję:

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Codziennie inny
 1 na 2 dni
 Nie jem obiadu
 Kupuję, zamawiam, jem na stołówce
 Posiłki przygotowuje mi inna osoba

21. 8. Ile razy w tygodniu je Pan/i posiłki na mieście?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Codziennie
 2-3 razy w tygodniu
 1 raz na 2-3 tygodnie
 Nigdy

22. 9. Czy stosuje Pan/i suplementy (witaminy) lub leki?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Nie
 Tak (poniżej proszę wpisać jakie)
 Inne: _____

**Szczegółowe informacje o
obecnym odżywianiu**

Proszę o odpowiedzi zgodne z prawdą. Proszę nie idealizować odpowiedzi :)

23. 10. Ile posiłków dziennie Pan/i jada?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- 1
 2
 3
 4
 5 i więcej

24. 11. Czy jada Pan/i posiłki:

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Regularnie
 Wtedy, gdy jest Pan/i głodny/a, gdy burczy w brzuchu
 Gdy sobie Pan/i przypomni
 Inne: _____

25. 12. Czy codziennie je Pan/i śniadania?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Tak
 Nie
 Czasami nie jem

26. 13. Czy zdarza się Panu/i podjadanie między posiłkami?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Często
 Dość często
 Sporadycznie
 Wcale

27. 14. Pomiędzy posiłkami najczęściej sięga Pan/i po:

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Słodycze
 Słone przekąski
 Owoce
 Kanapki
 Napoje
 Inne: _____

28. 15. Jak długie są przerwy między Pana/i posiłkami?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- 3-4h
 4-8h
 Powyżej 8h
 Krótsze niż 3h

29. 16. Jaki jest odstęp czasu między Pana/i ostatnim posiłkiem, a snem?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Co najmniej 3h
 Od 1 do 3h
 Mniej niż 1h
 Nie jadłem kolacji

30. 17. Jak często Pan/i spożywa słodycze i cukier?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Codziennie
 Kilka razy w tygodniu
 Sporadycznie
 Wcale

31. 18. Jakie pieczywo Pan/i jada

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Tylko jasne
 Tylko ciemne
 Jasne i ciemne
 Nie jadłem pieczywa/ ograniczam
 Chleb chrupki i waflę ryżowe

32. 19. Do smarowania pieczywa używa Pan/i

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Tylko masła
 Tylko margaryny
 Czasem masła, czasem margaryny
 Nigdy nie smaruję Pan/i pieczywa
 Inne (serek, awokado itp.)

33. 20. Jak często jada Pan/i wędliny?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Codziennie
 4-5 razy w tygodniu
 2-3 razy w w tygodniu
 1 w tygodniu
 Wcale

34. 21. Jak często jada Pan/i mięso na obiad?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Codziennie
- 4-5 razy
- 2-3 razy
- 1 w tygodniu
- Wcale

35. 22. Jakiego rodzaju mięsa Pan/i preferuje na obiad?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Wieprzowina
- Wołowina
- Cielęcina
- Drób
- Ryby
- Podroby

36. 23. Jakie ryby Pan/i lubi?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Filety smażone/pieczone
- Łosoś wędzony
- Makrela wędzona
- Tuńczyk
- Śledzie

37. 24. Wyposażenie kuchenne, które Pan/i posiada w domu:

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Blender
- Mikrofalówka
- Parowar
- Sokowirówka/wyciskarka
- Grill
- Piekarnik
- Thermomix

38. 25. Czy pije Pan/i mleko - jeśli tak, proszę zaznaczyć, ile % tłuszczu

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- 0%
- 0,5%
- 1,5%
- 2%
- 3,2% i więcej

39. 26. Jaki jeszcze nabiał Pan/i preferuje (proszę zaznaczyć wszystkie, które Pan/i lubi)

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Jogurty
- Kefiry
- Maślanki
- Sery żółte
- Twarogi
- Sery topione
- Sery pleśniowe (camembert, brie)
- Ser mozzarella
- Ser feta
- Serek wiejski
- Mleko i produkty bez laktozy
- Wcale nie spożywam nabiału

40. 27. Jak często Pan/i jada jaja?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Codziennie
 2-3 razy w w tygodniu
 1 w tygodniu
 Rzadziej

41. 28. Czy lubi Pan/i suszone owoce, orzechy i nasiona?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Tak
 Nie

42. 29. Jeśli "tak", proszę wypisać, jakie:

43. 30. Do smażenia potraw używa Pan/i

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Masła/ masła klarowanego
 Oleju rzepakowego
 Oleju kokosowego
 Oliwy z oliwek
 Smalcu
 Nie używa Pan/i tłuszczu

44. 31. Czy dodatkowo soli Pan/i potrawy na talerzu?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Tak, zawsze
 Czasami
 Tylko wybrane potrawy
 Nigdy

45. 32. Ile wody (czystej, bezsmakowej) spożywa Pan/i dziennie?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Nie piję w ogóle wody czystej
 Do 1 litra
 1,5-2 litrów
 Więcej niż 2 litry

46. 33. Jakie inne płyny spożywa Pan/i?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Kawa
 Herbata
 Soki
 Napoje gazowane

47. 34. Czy do kawy/herbaty dodaje Pan/i:

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Cukier
 Miód
 Mleko
 Śmietanka

48. 35. Jaki alkohol pije Pan/i najczęściej?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Piwo
 Wino
 Wódka
 Drinki
 Inne: _____

49. 36. Czy Pali Pan/i papierosy?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Tak, nałogowo
 Tak, od czasu do czasu
 Rzuciłem/am palenie
 Nigdy nie paliłem/am

50. 37. Czy siedząc przed TV lubi Pan/i:

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Zjeść kolację
 Zjeść coś słodkiego
 Przegryźć coś (orzeszki/chipsy)
 Wypić drinka, wino, piwo itp.
 Inne: _____

Obecna aktywność sportowa

51. 38. Swoją aktywność fizyczną ocenia Pan/i jako:

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Duża
 Umiarkowana
 Raczej słaba

52. 39. Rodzaj aktywności, jaki Pan/i uprawia

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Spacer
 Jazda na rowerze
 Bieganie
 Siłownia
 Ćwiczenia w domu
 Fitness
 Pływanie
 Taniec
 Nordic walking
 Inne: _____

Dodatkowe informacje

53. 40. Pana/i ulubione produkty/potrawy (proszę wymienić, to co by Pan/i jadła najczęściej):

54. 41. Produkty, których Pan/i nie lubi to:

Koniec

Dziękuję za wypełnienie formularza