



KWESTIONARIUSZ DIETETYCZNY

1. Imię i nazwisko:
2. Adres email:
3. Data urodzenia:
4. Numer telefonu:
5. Wzrost w cm:
6. Waga w kg:
7. Obwód pasa na wysokości pępka (cm):
8. Obwód bioder (cm):
9. Od kiedy masz problem z wagą? Podaj rok i okoliczności (stres, ciąża, choroba, etc.)

10. Czy w najbliższej rodzinie występuje nadwaga/ otyłość?

TAK/NIE

11. Czy w najbliższej rodzinie (rodzice, dziadkowie) występuje cukrzyca t. 2, choroby autoimmunologiczne, przewlekłe choroby o podłożu genetycznym? Jakże?

12. Opisz swój stan zdrowia - **zdiagnozowane choroby/ zaburzenia** - i zaznacz przy każdej jednostce chorobowej, od kiedy chorujesz + krótka historia choroby (zaostrzenia, remisje, zabiegi operacyjne etc.)

13. Opisz swoje samopoczucie (np. czuje się świetnie/ jestem cały czas senny/a, po obiedzie muszę położyć się na drzemkę itd.)

14. Wpisz nazwy i dawki **wszystkich** przyjmowanych **LEKÓW I SUPLEMENTÓW**:

15. Wpisz swoje **ALERGIE i NIETOLERANCJE POKARMOWE** oraz źródło diagnozy (samoobserwacja? testy nietolerancji - jakie?)

16. Jeśli posiadasz wyniki badań, które chcesz mi udostępnić - załącz pliki. (alternatywnie możesz przesłać je w osobnej wiadomości na adres: dieta@annasniady.pl)

17. Czy i jakie diety redukcyjne i/ lub lecznicze dotychczas stosowałeś/ stosowałaś? Czy i jakie przyniosły rezultaty? Czy stosowałaś je samodzielnie czy pod opieką lekarza/ dietetyka? (np. paleo, Dukana, Dąbrowskiej, bezglutenowa, od dietetyka, etc.)



18. Czy miewasz zaburzenia czynnościowe jelit tj. zaparcia, biegunki, wzdęcia, gazy? Jak często?

19. Czy jesteś w ciąży lub karmisz piersią? **(punkt a i b dotyczy tylko kobiet w ciąży)**

TAK/NIE/KARMIĘ PIERSIĄ

- a) Czy chorujesz na cukrzycę ciążową lub cukrzycę w ciąży?
- b) Czy przyjmujesz insulinę? Jeśli tak to jaki rodzaj (poposiłkową, nocną), ile jednostek?

20. Czy uprawiasz regularnie jakiś sport? Jeśli tak - jaki? Jak często? Ile czasu poświęcasz na każdy trening? (np. biegam 3x tydzień po 45 min., na ogół w pn, śr i piątki)

21. Ile posiłków jadasz w ciągu doby? (śniadanie, 2 śniadanie, obiad, podwieczorek, kolacja, inne?)

22. Czy słodzisz napoje (cukier, cukier trzcinowy, miód, syrop z agawy/klonowy/daktylowy)?

TAK/NIE

- a) Jeśli słodzisz, to ile łyżeczek cukru dodajesz do kubka napoju?

23. Ile wypijasz dziennie filiżanek/ kubków kawy/ herbaty? Podaj ilość ml, godziny (np. 3 kawy z mlekiem - o 7, 12 i 16 - i 2 herbaty - o 8,30 i 19)

24. Czy/ ile dodajesz mleko do kawy/ herbaty? Podaj rodzaj (krowie, roślinne) ilość ml, % tłuszczu, UHT/pasteryzowane? (np. mleko UHT 2%, ok. 1/3 kubka)

25. Czy/ ile spożywasz codziennie słodczy, słodzonych napojów? Podaj jak najwięcej szczegółów (np. 1 puszka coli i 2 wafelki Grześki w czekoladzie – codziennie)

26. Ile wypijasz codziennie wody?

27. Czy często pijesz alkohol

Nigdy/sporadycznie/weekendowo

28. Czy palisz papierosy?

TAK/NIE

29. Ile godzin śpisz w ciągu doby? (np. 6-7 h w tygodniu, 10 h w weekendy, śpię nieregularnie- np. opieka nad dzieckiem)

30. Wymień wszystkie grupy produktów/ produkty **NIELUBIANE**:

31. Wymień produkty i potrawy, które bardzo **lubisz**, często jadasz i nie wyobrażasz sobie bez nich życia:

32. Podaj rodzaj (fizyczna/ biurowa/urlop macierzyński) i godziny (stałe od-do/ praca zmianowa - wypisz godziny) wykonywanej pracy (np. stałe godziny pracy 7-15, praca biurowa)

33. Czy w pracy masz możliwość podgrzania posiłku?



34. W jakich godzinach jadasz posiłki w pracy? Czy są to stałe godziny?
35. Jak wygląda Twój dzień wolny od pracy- kiedy potencjalnie masz czas w ciągu dnia na zjedzenie posiłku?
36. Czy lubisz gotować?
37. Jaki sprzęt posiadasz w kuchni (np. mikser, piekarnik, mikrofalówka, patelnia, blender, Thermomix, urządzenie do gotowania na parze):
38. Ile czasu możesz poświęcić na przygotowywanie posiłków? Czy wolisz je przygotowywać na świeżo czy dzień wcześniej?
39. Czy często zamawiasz jedzenie na wynos? Co jest Twoim ulubionym daniem?
40. Jak wyglądają posiłki w weekend? Ile ich jest? W jakich godzinach? Czy zjadasz więcej/mniej słodczy w trakcie weekendu?
41. Czy w okresie świątecznym sam/a przygotowujesz posiłki/spotykasz się z rodziną? Jedziesz do rodziny i spożywasz dania przygotowane przez kogoś innego?
42. Czy miewasz napady głodu? Jeśli tak to czy jesteś w stanie określić w jakich okolicznościach one występują (np. wieczorem o 21, po poobiedniej drzemce, po dniu z treningiem)
43. Idealna dieta według Ciebie to:
44. Jakie są Twoje oczekiwania wobec mnie, w czym przede wszystkim powinnam Ci pomóc? (np. redukcja wagi, poprawa wyników)
45. INNE UWAGI - wszystko, o co nie zapytałam, a co wydaje Ci się istotne (np. czy masz ulubione marki/ producentów żywności, czy jesteś w stanie z dnia na dzień zrezygnować ze słodzenia kawy/ herbaty, czy liczysz na bardziej wyszukane czy prostsze potrawy, czy masz ulubione potrawy, z których nie chciałbyś/ nie chciałybyś zrezygnować i jak je przygotowujesz, czy jesteś gotów/ gotowa wykonać w razie potrzeby dodatkowe potrzebne badania)
46. Potwierdzenie przelewu
Załącznik