



Imię:

Nazwisko:

Nr kontaktowy tel.:

Adres e-mail:

Data urodzenia:

Wzrost:

Masa ciała:

Obwód pasa (połowa odległości między ostatnim zębem i talerzem biodrowym):

Obwód ramienia:

Obwód uda:

1. Rodzaj aktywności fizycznej: Jak często i czas trwania (np. 2 x w tygodniu po 30 min.)

- a) spacery
- b) jogging
- c) jazda rowerem
- d) pływanie
- e) inna (jaka?)
- f) brak

2. Godzina, o której Pan/Pani/Dziecko wstaje: Pn – Pt..... Sob.-Niedz.....

3. Godzina, o której Pan/Pani/Dziecko kładzie się spać: Pn – Pt..... Sob.-Niedz.....

4. Rodzaj wykonywanej pracy:

- a) siedząca
- b) fizyczna
- c) zmianowa (ile zmian)
- d) nie pracuję
- e) szkoła/przedszkole (uczę się)

5. Godzina/y rozpoczęcia pracy/szkoły/przedszkola:.....godz. zakończenia.....

6. Choroby, alergie i nietolerancje pokarmowe:

7. Przyjmowane leki:

8. Czy była stosowana jakaś dieta? Jeśli tak, to jaka i jak długo była stosowana?

9. Ilość wypijanych płynów w ciągu dnia:

- a) 0,5 l
- b) 1 l
- c) 2 l
- d) inna ilość :

10. Czy spożywa Pan/Pani/Dziecko śniadanie przed wyjściem z domu? O której godz.

- a) tak
- b) nie
- c) czasem

11. Ile posiłków dziennie spożywa Pan/Pani/Dziecko dziennie?

- a) 2
- b) 3
- c) 4
- d) 5
- e) więcej (podać ile): Ostatni posiłek spożywam o godz.

12. Czy dojada Pan/Pani/Dziecko między posiłkami?

- a) nigdy
- b) 1 raz / dzień
- c) 2 razy / dzień
- d) pomiędzy wszystkimi posiłkami
- e) czasami

13. Najczęściej używane techniki kulinarne do przygotowywania potraw:

- a) gotowanie
- b) gotowanie na parze
- c) pieczenie
- d) smażenie

14. Używany tłuszcz do smażenia potraw:

- a) olej
- b) masło
- c) smalec
- d) bez tłuszczu

15. Czy przygotowuje Pan/Pani obiady:

- a) jednodaniowe
- b) dwudaniowe
- c) nie gotuję
- d) mogę zacząć gotować (jednodaniowe/dwudaniowe)

Produkty / dania	3 razy dziennie	1 – 2 razy dziennie	1 – 2 razy w tygodniu	5 – 6 razy w tygodniu	3 – 4 razy w tygodniu	1 – 3 razy w miesiącu	Nigdy
Razowe pieczywo (ciemne)							
Pieczywo graham							
Pieczywo jasne							
Kasze gruboziarniste (np. gryczana, pęczak)							
Kasza jaglana							
Ryż brązowy							
Ryż paraboliczny							
Ryż biały							
Makaron pełnoziarnisty							
Makaron biały							
Owoce							
Warzywa surowe (surówki, sałatki)							
Warzywa gotowane (do obiadu, w zupie)							
Soki owocowe							
Soki warzywne lub warzywno-owocowe							
Nasiona roślin strączkowych (fasola, soja, soczewica, bób, groch)							
Mleko (ile %)							
Kakao							
Zupy mleczne							
Mleczne napoje fermentowane (jogurt, kefir, zsiadłe mleko)							
Sery twarogowe (białe)							
Sery żółte							
Wędliny, kielbasy, mięso drobiowe (kurczak, indyk)							
Wędliny, kielbasy, mięso wieprzowe							
Mięso wołowe							
Ryby (np. smażone)							
Śledź (np. marynowany)							
Jaja – jajecznica							
Jaja – na twardo							
Jaja – na miękko							
Masło jako dodatek do pieczywa							
Margaryna jako dodatek do pieczywa							
Oleje roślinne jako dodatek do sałatek							
Słodycze (np. ciasta, ciastka, cukierki)							

Fast food (frytki, pizza, zapiekanki, hamburgery)							
Używki – alkohol							
Używki – kawa							
Używki – papierosy							

15. Dania ulubione:

16. Danie nie lubiane:

17. Co najchętniej spożywa Pan/Pani/Dziecko na śniadanie:

- a) kanapki
- b) zupy mleczne
- c) jogurty z Müsli
- d) inne:

18. Co najchętniej spożywa Pan/Pani/Dziecko na kolację:

- a) kanapki
- b) dania jednogarnkowe
- c) zapiekanki
- d) inne:

19. Czy z potraw, których Pan/Pani nigdy dotychczas nie spożywał/a, są takie, które moglibyśmy użyć w nowym jadłospisie?

20. Czy występują jakieś dolegliwości ze strony układu pokarmowego? (wzdęcia, zaparcia, biegunki).
Czy są jakieś produkty, po których występują te dolegliwości?

21. Czy są produkty, z których Pan/Pani/Dziecko nie jest w stanie zrezygnować?

22. Oczekiwania w stosunku do diety.