

<b>Dane osobiste</b>						
<b>Imię i nazwisko</b>						
<b>Kontakt</b>	<i>tel.:</i>	<i>e-mail:</i>				
<b>Data urodzenia</b>						
<b>Tryb życia</b>						
<b>Wykonywany zawód</b>				<b>Godziny pracy</b>		
<b>Aktywność fizyczna</b>	<i>wysoka</i>	<i>umiarkowana</i>	<i>niska</i>			
<b>Stan zdrowia</b>						
<b>Rozpoznane choroby</b>						
<b>Problemy pokarmowe</b>	<i>Wzdęcia</i>	<i>Zaparcia</i>	<i>Biegunki</i>	<i>Zgaga</i>	<i>Bóle brzucha</i>	
<b>Alergie pokarmowe</b>	<i>Mleko</i>	<i>Inne:</i>				
	<i>Gluten</i>					
<b>Stosowane leki:</b>						
<b>Stosowane suplementy diety:</b>						
<b>Przebyte operacje:</b>						
<b>Wyniki badań:</b>						
<b>Wahania masy ciała i próby jej utrzymania</b>						
<b>Problemy z utrzymaniem stałej masy ciała. Od kiedy?</b>						
<b>Zmiana masy ciała w ciągu ostatniego półrocza</b>						
<b>Docelowa waga</b>						
<b>Czy w rodzinie występuje otyłość? U kogo?</b>	<i>TAK, U</i>				<i>NIE</i>	
<b>Dotychczas stosowane diety i efekty</b>						
<b>Powód przerwania stosowania diety</b>						
<b>Zwyczaje żywieniowe</b>						
<b>Ilość spożywanych w ciągu dnia posiłków:</b>	<i>jeden</i>	<i>dwa</i>	<i>trzy</i>	<i>cztery</i>	<i>pięć</i>	<i>więcej</i>
<b>Godzina wstania i położenia się spać:</b>						
<b>Czy posiłki spożywa Pan/Pani regularnie?</b>	<i>TAK</i>			<i>NIE</i>		
<b>Czy zdarza się że przerwa między posiłkami jest dłuższa niż 6 godz.?</b>	<i>TAK</i>			<i>NIE</i>		
<b>Jaki czas od wstania mija do momentu zjedzenia śniadania?</b>	<i>&lt;0,5h</i>	<i>0,5-1h</i>	<i>1-2h</i>	<i>&gt;1,5h</i>		
<b>Ile płynów wypija Pan/Pani w ciągu dnia:</b>	<i>&lt;0,5 litra</i>	<i>0,5-1 litra</i>	<i>1-1,5 litra</i>	<i>&gt;1,5 litra</i>		
<b>Czy podjada Pan/Pani między posiłkami?</b>	<i>nie</i>	<i>tak, spora-dycznie</i>	<i>tak, czasem</i>	<i>tak, często</i>		
<b>Czy pije Pan/Pani alkohol?</b>	<i>Nie</i>	<i>Okazjonalnie</i>	<i>1-2 razy/tydzień</i>	<i>Codziennie</i>		

Jak często spożywa Pan/Pani dania typu Fast Food? (np. hamburgery, hotdogi, frytki)

- Nie spożywam w ogóle
- Raz w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Częściej niż raz w tygodniu
- Codziennie

Jakie? .....

Jak często spożywa Pan/Pani słodycze?

- Nie spożywam w ogóle
- Raz w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Częściej niż raz w tygodniu
- Codziennie

Jakie? .....

Ile cukru dziennie dodaje Pan/Pani do napojów czy posiłków?

- W ogóle nie słodzę
- Łyżeczkę
- Dwie łyżeczki
- Trzy łyżeczki
- Cztery łyżeczki lub więcej

Jak często spożywa Pan/Pani gotowe do odgrzania w domu posiłki? (np. zupy z proszku, gotowe sosy itp.)

- Nie spożywam w ogóle
- Raz w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Częściej niż raz w tygodniu

Co jest dla Pana/Pani najtrudniejsze w próbach odchudzania?

- Ograniczenie ilości jedzenia
- Ciągłe odczuwanie głodu
- Rezygnacja ze słodczy
- Podjęcie aktywności fizycznej
- Ograniczenie „podjadania”

Jak często spożywa Pan/Pani czerwone mięso?

- Nie spożywam w ogóle
- Raz w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Częściej niż raz w tygodniu

Jak często spożywa Pan/Pani ryby?

- Nie spożywam w ogóle
- Raz w miesiącu
- Raz w tygodniu
- Częściej niż raz w tygodniu
- Codziennie

Jak często spożywa Pan/Pani pełnoziarniste produkty (kasze, ciemne makarony czy pieczywo)?

- Nie spożywam w ogóle
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Codziennie

Jak często spożywa Pan/Pani mleko i produkty mleczne?

- Nie spożywam w ogóle
- Raz w tygodniu
- Kilka razy w tygodniu
- Codziennie

Jaką ilość warzyw i owoców spożywa Pan/Pani dziennie? (porcja to objętość równa np. średniej wielkości jabłku)

- Nie spożywam w ogóle
- Jedną porcję
- Dwie porcje
- Trzy porcje
- Cztery porcje
- Więcej niż cztery porcje

Czy posiłki przygotowuje Pan/Pani w domu?

- Zawsze
- Nigdy
- Zazwyczaj

Proszę uszeregować stosowane przez Pana/Panią techniki kulinarne wpisując cyfry od 1-6 (1 dla najczęściej stosowanej, 6 dla najrzadziej, jeśli któraś nie jest w ogóle używana proszę zaznaczyć x)

- Gotowanie w wodzie
- Smażenie
- Duszenie
- Pieczenie
- Gotowanie na parze lub w szybkowarze
- Grillowanie

<b>Preferencje smakowe</b> (zaznacz krzyżykiem w odpowiedniej kolumnie)							
<b>Owoce</b>							
	Lubię	Nie wiem*	Nie lubię		Lubię	Nie wiem*	Nie lubię
Ananas				Kiwi			
Arbuz				Malina			
Awokado				Mandarynka			
Banan				Mango			
Borówka amerykańska				Melon			
Brzoskwinia				Morele			
Cytryna				Nektarynka			
Czereśnia				Oliwki			
Figi				Pomarańcz			
Granat				Porzeczka			
Grapefruit				Śliwki			
Gruszka				Truskawki			
Jabłko				Winogrona			
Jagody/borówki				Wiśnie			
Jeżyny							
<b>Owoce suszone, orzechy i nasiona</b>							
	Lubię	Nie wiem*	Nie lubię		Lubię	Nie wiem*	Nie lubię
Daktyle				Orzechy nerkowca			
Figi				Orzechy laskowe			
Morele				Orzechy włoskie			
Rodzynki				Orz. brazylijskie			
Śliwki suszone				Orzechy ziemne			
Żurawina				Migdały			
Dynia				Pistacje			
Mak				Wiórki kokosowe			
Słonecznik				Sezam			
Siemię lniane							
<b>Kasze, ziarna, pieczywo i płatki</b>							
	Lubię	Nie wiem*	Nie lubię		Lubię	Nie wiem*	Nie lubię
Płatki owsiane				Kasza gryczana			
Płatki żytnie				Kasza jaglana			
Pł. kukurydziane				Kasza jęczmienna			
Płatki jęczmienne				Kasza manna			
Płatki jaglane				Kasza owsiana			
Płatki pszenne				Bulgur			
Płatki gryczane				Quinoa			
Ryż basmati				Amarantus			
Ryż brązowy				Chleb graham			
Ryż dziki				Chleb żytni			
Makaron żytni				Chleb chrupki			
Makaron razowy				Pumpernikiel			
Makaron gryczany				Wafle ryżowe			

<b>Nasiona roślin strączkowych, warzywa</b>							
	Lubię	Nie wiem*	Nie lubię		Lubię	Nie wiem*	Nie lubię
Cieciorka				Kielki			
Fasola				Kukurydza			
Fasolka szparagowa				Marchew			
Groszek zielony				Ogórek			
Soja				Ogórek kiszony			
Soczewica				Papryka			
Bób				Pietruszka			
Bakłażan				Pieczarki			
Brokuły				Pomidor			
Brukselka				Por			
Buraki				Roszonka			
Cebula				Rukola			
Cukinia				Rzodkiewka			
Czosnek				Sałata			
Dynia				Seler korzeniowy			
Kalafior				Seler naciowy			
Kapusta biała				Szparagi			
Kapusta czerwona				Szpinak			
Kapusta kiszona				Ziemniaki			
Kapusta pekińska							
<b>Przyprawy i zioła</b>							
	Lubię	Nie wiem*	Nie lubię		Lubię	Nie wiem*	Nie lubię
Bazylia				Ocet			
Koperek				Cynamon			
Natka pietruszki				Imbir			
Papryka				Kakao			
Pieprz				Musztarda			
Pieprz cayenne				Miód			
Mięta							
<b>Nabiał, ryby i mięso</b>							
	Lubię	Nie wiem*	Nie lubię		Lubię	Nie wiem*	Nie lubię
Mleko				Ser twarogowy			
Jogurt naturalny				Kurczak			
Masło				Indyk			
Margaryna				Wołowina			
Maślanka				Chuda wędlina			
Kefir				Pieczone wędliny			
Ser żółty				Dorsz			
Parmezan				Łosoś			
Ser feta				Tuńczyk z puszki			
Ser mozzarella				Pstrąg			
Ser pleśniowy				Halibut			
Serek wiejski				Ryba wędzona			
Serek homog.							

\* Zaznacz „nie wiem” jeśli nie znasz tego produktu i chciałbyś spróbować.

**Dzienniczek Żywieniowy z siedmiu dni:**

	Śniadanie	II Śniadanie	Obiad	Podwieczorek	Kolacja
<b>1</b>					
Poza posiłkami:					
<b>2</b>					
Poza posiłkami:					
<b>3</b>					
Poza posiłkami:					
<b>4</b>	DIET-EXPERT				
Poza posiłkami:					
<b>5</b>	KLINIKA ZDROWIA I DIETETYKI				
Poza posiłkami:					
<b>6</b>					
Poza posiłkami:					
<b>7</b>					
Poza posiłkami:					

Inne uwagi: .....