



Brak skrupulatnego wypełnienia
poniższego formularza może skutkować
nieodpowiednim dobraniem planu żywieniowego,
bądź zaleceń dietetycznych oraz suplementacji.

Dane osobowe

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Telefon

Adres e-mail

Pomiary

Waga

 kg

Wzrost

 cm

Obwód klatki
piersiowej

 cm

Obwód uda

 cm

Obwód pasa
2 cm poniżej pępka

 cm

Obwód pasa
na wysokości pępka

 cm

Obwód ramienia

 cm

Obwód bioder
najszerze miejsce pośladka

 cm

Styl życia i stan zdrowia

1. Wykonywany rodzaj pracy/zawód

2. Godziny w pracy/szkoły

Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela

3. Godziny poza domem

Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela

4. Proszę opisać aktualny tryb życia (np. siedzący, stojący, w ruchu, bardzo aktywny)

W pracy/szkole

Poza pracą/szkolą

5. Zaznacz środki transportu, z których korzystasz w ciągu dnia

☐ Rower ☐ Tramwaj ☐ Samochód ☐ Pieszo ☐ Autobus

Inne

6. Czy przebyłeś ostatnio zabiegi operacyjne/choroby przewlekłe?..... ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie? Podaj rok.

7. Czy występują lub występowały u Pana/Pani takie choroby jak:

Miażdżyca	☐	Nowotwory	☐
Wysoki poziom cholesterolu we krwi	☐	Osteoporoza	☐
Nadciśnienie	☐	Problemy na tle hormonalnym	☐
Niedociśnienie	☐	Problemy na tle skórny	☐
Choroby serca	☐	Migreny	☐
Choroby nerek	☐	Depresja	☐
Nadczynność tarczycy	☐	Bolesne miesiączki	☐
Niedoczynność tarczycy	☐	Nieprawidłowe stężenie cukru we krwi	☐
Choroby przewodu pokarmowego	☐	Bezsennosc	☐
Refluks	☐	Astma	☐
Zgaga	☐	Choroby autoimmunologiczne	☐
Choroby trzustki	☐	Choroby wątroby	☐

Inne choroby:

Jeśli **TAK**, to kiedy zostały zdiagnozowane?

8. Czy potrafi Pan/Pani radzić sobie ze stresem?

W pracy/szkole ☐ TAK ☐ NIE

Poza pracą/szkołą ☐ TAK ☐ NIE

9. Jaka jest Pana/Pani odporność na stres w skali 1-10?

W pracy/szkole

W pracy/szkole

10. Czy występują u Pana/Pani alergie na:

Pyłki ☐ TAK ☐ NIE

Proszę wypisać:

Sierść/kurz ☐ TAK ☐ NIE

Proszę wypisać:

Leki ☐ TAK ☐ NIE

Proszę wypisać:

Chemia gospodarstwa domowego ☐ TAK ☐ NIE

Proszę wypisać:

Kosmetyki ☐ TAK ☐ NIE

Proszę wypisać:

Alergie pokarmowe ☐ TAK ☐ NIE

Proszę wypisać:

Jeśli **TAK**, to od kiedy?

11. Czy w ostatnich 3 latach przechodził Pan/Pani antybiotykoterapię? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jak długo i na co?

12. Czy wysypia się Pan/Pani? ☐ TAK ☐ NIE

Ile godzin Pan/Pani śpi?

13. Czy w Pana/Pani rodzinie występują choroby przewlekłe? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to kto i na co?

14. Czy przyjmuje Pan/Pani leki farmaceutyczne na stałe?..... ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i na co?

15. Czy przyjmuje Pan/Pani suplementy diety na stałe?..... ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i od kiedy?

16. Czy występują u Pana/Pani nietolerancje pokarmowe/opóźnione alergie pokarmowe IgG?... ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie?

Czy była wykonana diagnostyka w tym kierunku? ☐ TAK ☐ NIE

17. Kiedy ostatnio robił/a Pan/Pani kontrolne wyniki badań (morfologia, mocz itp.)?

Poza badaniami zlecanymi przez Poradnię BeWell

18. Czy kiedykolwiek pojawiły się u Pana/Pani problem z nieprawidłową masą ciała?..... ☐ TAK ☐ NIE

19. Czy miał/a Pan/Pani problemy z nadwagą w dzieciństwie?..... ☐ TAK ☐ NIE

20. Czy kiedykolwiek występowały problemy z nadwagą/otyłością w Pana/Pani rodzinie?..... ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to u kogo?

21. Czy występuje u Pana/Pani aktywność fizyczna?..... ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, jakiego rodzaju i jak często?

Preferencje żywieniowe

22. Jaki styl żywienia Pan/Pani prowadził/a do tej pory?

23. Jakie potrawy preferuje Pan/Pani w swojej diecie?

24. Jakich pokarmów UNIKA, bądź NIE LUBI Pan/Pani w swojej diecie?

25. W jaki sposób odżywiał/a się Pan/Pani w dzieciństwie?

Proszę wymienić kilka dań.

26. Ile posiłków dziennie Pan/Pani spożywa?

27. Ile chciałby Pan/Pani spożywać posiłków na diecie?

28. Czy spożywa Pan/Pani takie produkty jak gotowe sosy, majonezy, ketchup, fix itp.? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, to jakie?

29. Czy spożywa Pan/Pani pieczywo? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, to jakie i jak często?

30. Czy dotychczasowy styl żywienia jest monotony? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, to jak często?

31. Czy spożywa Pan/Pani ryby lub owoce morza?..... ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

32. Czy spożywa Pan/Pani codziennie produkty pełnoziarniste?..... ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często? Np. chleb żytni, musli, ciemne makarony, gruboziarniste kasze.

33. Czy spożywa Pan/Pani produkty wysokotłuszczowe?..... ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie? Np. awokado, jajka, oliwa, boczek, masło, smalec, ryby morskie, orzechy.

34. Jakiego tłuszczu używa Pan/Pani do smażenia potraw?

Np. masło, olej (jaki?), smalec, oliwa z oliwek – proszę wymienić.

35. Jak często spożywa Pan/Pani i jakie?

Warzywa

Owoce

Jajka

Mleko i jego produkty

36. Czy spożywa Pan/Pani produkty mleczne?..... ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często? Np. mleko, kefir, śmietana, sery, twaróg.

37. Jakie jest Pana/Pani ulubione mięso?

38. W jaki sposób mięso jest przygotowywane?

Np. smażenie, pieczenie, duszenie, gotowanie, na parze, grillowanie.

39. Najczęściej spożywane przez Pana/Panią węglowodany to:

☐ Kasze

☐ Ryże

☐ Makarony

☐ Pierogi

☐ Mąki

☐ Pieczywo

☐ Stodyczne

☐ Ciasta

☐ Cukier

☐ Miód

☐ Owoce

☐ Inne

Jeśli **inne**, to jakie?

40. Jakie techniki kulinarne stosuje Pan/Pani do przygotowywania potraw?

☐ Duszenie

☐ Grillowanie

☐ Gotowanie

☐ Pieczenie

☐ Smażenie

☐ Gotowanie
na parze

Inne:

41. Czy spożywa Pan/Pani obiad składający się z dwóch dań? ☐ TAK ☐ NIE

42. W jakiej atmosferze spożywa Pan/Pani posiłki?

☐ Stres

☐ Relaks

☐ Pośpiech

Inne:

43. Czy spożywa Pan/Pani słodczyce, chipsy lub inne przekąski? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

44. Czy zdarza się, że podjada Pan/Pani w nocy lub między posiłkami? ☐ TAK ☐ NIE

45. Czy posiłki do pracy/szkoły są przygotowywane w domu? ☐ TAK ☐ NIE

46. Czy spożywa Pan/Pani posiłki na mieście? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

47. Czy spożywa Pan/Pani fast food? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

48. Ile litrów i jakiego rodzaju płyny pije Pan/Pani dziennie?

49. Ile kawy i herbaty wypija Pan/Pani w ciągu dnia i jaka to jest kawa/herbata?

Kawa

☐ Z ekspresu

☐ Rozpuszczalna

☐ Sypana

Dzienna ilość

Z jakim mlekiem?

Słodzona? ☐ TAK ☐ NIE

Czym słodzona i ile?

Ile wody w szklance?

Herbata

☐ Biała

☐ Zielona

☐ Zwykła

☐ Owocowa

☐ Czerwona

☐ Inna

Dzienna ilość

Słodzona? ☐ TAK ☐ NIE

Czym słodzona i ile?

☐ Z miodem

☐ Z sokiem

☐ Z cytryną

50. Czy pije Pan/Pani napoje gazowane?..... ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

51. Czy zdarza się Panu/Pani ominąć lub zapomnieć o jakimś posiłku?..... ☐ TAK ☐ NIE

52. Jak długie są odstępy między posiłkami?

53. Ile godzin przed snem spożywa Pan/Pani ostatni posiłek?

54. Preferowane smaki

☐ Słony

☐ Słodki

☐ Ostry

☐ Ziołowy

☐ Kwaśny

Inny:

55. Jakiego rodzaju przyprawę stosuje Pan/Pani w swojej kuchni?

Np. pieprz, sól, oregano, kurkuma, gałka muskatołowa.

56. Kiedy ma Pan/Pani największy apetyt?

☐ Rano

☐ Wieczorem

☐ Po pracy

☐ Po treningu

☐ W trakcie stresu

☐ Przed snem

Inne:

57. Czy posiłki, które Pan/Pani spożywa dają uczucie sytości?..... ☐ TAK ☐ NIE

58. Czy zwraca Pan/Pani uwagę na kaloryczność potraw?..... ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to ile kalorii dziennie Pan/Pani spożywa?

59. Czy pali Pan/Pani wyroby tytoniowe lub korzysta z innych używek?..... ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakie i jak często?

60. Czy pije Pan/Pani alkohol?..... ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to jakiego rodzaju i jak często?

61. Ile razy dziennie się Pan/Pani wypróżnia?

62. Jaka jest konsystencja stolca?

Np. zbity, prawidłowy, rzadki.

63. Czy regularnie się Pan/Pani wypróżnia? ☐ TAK ☐ NIE

64. Jaką wagę chciałby/a Pan/Pani osiągnąć?

65. Czy zdarzały się u Pan/Pani wahania wagi? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli **TAK**, to ile kg?

66. Czy obawia się Pan/Pani wysokich kosztów leczenia? ☐ TAK ☐ NIE

67. Czy jesteś zainteresowany ochroną zdrowia i zabezpieczeniem finansowym na wypadek choroby oraz związanymi z nią kosztów leczenia? ☐ TAK ☐ NIE

68. Jakie są Pana/Pani oczekiwania po konsultacji?

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| ☐ Obniżenie wagi | ☐ Podniesienie wagi | ☐ Poprawa wyników zdrowotnych | ☐ Zwiększenie poziomu energii | ☐ Poprawa snu |
| ☐ Zmaksymalizowanie wyników w sporcie | ☐ Poprawa samopoczucia | ☐ Poprawa koncentracji | ☐ Zmniejszenie dolegliwości brzusznych | ☐ Poprawa libido |

Inne:

Dotychczasowy jadłospis

Poniżej proszę zanotować jak wygląda 7 dni Pana/Pani ostatnio prowadzonego sposobu żywienia.

Jakie posiłki, w jakich godzinach, uwzględniając również napoje oraz przekąski.

Poniedziałek

Wtorek

Środa

Informacje dodatkowe, uwagi