

Imię i Nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

Wzrost[cm]: cm

Aktualna masa ciała [kg]:kg

Obwód brzucha [cm]:cm

Aktualne wyniki badań: jeśli są od około 3-6 mscy:

cholesterol całkowity....., LDL..... HDL....., TG....., glukoza.....,

poziom Fe..... Morfologia (HGB).....

Inne.....

.....

1. Czy jest Pani/ Pan honorowym dawcą krwi?

a) tak

b) nie

2. Czy miewa Pani/Pan skłonności do anemii?

a) tak

b) nie

3. Czy cierpi Pani/Pan na epilepsję?

a) tak

b) nie

4. Czy rozpoznano u Pani/Pana choroby przewlekłe?

(można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

a) choroby wątroby

b) cukrzyca typu 2

c) zaburzenia lipidowe tj. podwyższony poziom cholesterolu lub/i triglicerydów

d) choroby tarczycy

e) nadciśnienie

f) inne(depresja, nerwica, alergia, serce itp)

.....

g) nie rozpoznano u mnie żadnych chorób przewlekłych

5. Czy miewa Pani/Pan jakieś dolegliwości dokuczające na co dzień (ból, dyskomfort, zawroty

głowy,

problemy z trawieniem, stany lękowe, zaparcia, biegunki, duży stres)?

- a) nie
- b) tak

tj.....
.....
.....
.....

6. Czy stosuje Pani/Pan obecnie leki lub suplementy diety?

- a) tak
- b) nie

Jeśli tak, podaj

jakie
.....
.....
.....

Analiza sposobu żywienia:

1. Ile posiłków dziennie Pani /Pan spożywa? Liczą się także przekąski

- a) 1-2
- b) 3
- c) 4-5
- d) więcej niż 5

2. Czy spożywa Pani/Pan posiłki o stałych porach?

- a) tak, zawsze jadam regularnie
- b) staram się i zazwyczaj jadam regularnie
- c) jadam nieregularnie

3. W jakich odstępach czasu jada Pani/Pan posiłki?

- a) 1-2 godz.
- b) 3-4 godz.
- c) 5-6 godz.
- d) > 6 godz.

4. Którą z metod przygotowywania posiłków stosuje Pani/Pan najczęściej?

- a) gotowanie (na parze, w wodzie)
- b) smażenie w głębokim tłuszczu
- c) smażenie na niewielkiej ilości tłuszczu
- c) duszenie lub pieczenie bez tłuszczu

5. Jakiego rodzaju tłuszczu spożywa Pani/Pan najwięcej?

(możesz zaznaczyć maksymalnie trzy odpowiedzi)

- a) oliwa z oliwek

- b) olej roślinny tj. słonecznikowy, rzepakowy, sojowy
- c) masło
- d) smalec
- e) margaryny miękkie
- f) majonez

6. Jak często spożywa Pani/Pan słodycze?

- a) codziennie
- b) 3-5 razy w tygodniu
- c) okazjonalnie
- d) nie spożywam

7. Jakiego rodzaju napoje pije Pani/Pan najczęściej?

(należy wybrać maksymalnie dwie odpowiedzi)

- a) wodę
- b) napoje gorące bez cukru
- c) napoje gorące z cukrem, miodem lub sokiem
- d) soki owocowe bez cukru (100% sok)
- e) soki i nektary z dodatkiem cukru
- f) kolorowe wody gazowane i/lub słodzone

8. Jak często spożywa Pani/Pan produkty z pełnego przemiału tj. razowe pieczywo, ciemne makarony, kasze gruboziarniste, ryż brązowy?

- a) 2-3 razy dziennie
- b) 1 raz dziennie
- c) 3-4 razy w tygodniu
- d) 1 raz w tygodniu
- e) rzadziej lub w ogóle nie spożywam

9. Jak często spożywa Pani/Pan produkty z niskiego przemiału tj. biały chleb, biały ryż, płatki kukurydziane, pierogi, naleśniki?

- a) częściej niż 3 razy dziennie
- b) 2-3 razy dziennie
- c) 1 raz dziennie
- d) 3-4 razy w tygodniu
- e) rzadziej lub w ogóle nie spożywam

10. Ile łącznie porcji warzyw i owoców zjada Pani/Pan w ciągu dnia?

*porcja tj. jeden owoc, szklanka soku, kompotu, surówka do obiadu

- a) 3-5 porcji dziennie
- b) 1-2 porcje dziennie
- c) kilka razy w tygodniu lecz nie każdego dnia
- d) rzadziej

11. Jaki rodzaj mięsa spożywa Pani/Pan najczęściej ?

(możesz zaznaczyć maksymalnie dwie odpowiedzi)

- a) drób
- b) wieprzowinę
- c) wołowinę
- d) ryby
- e) inne (jakie?).....

12. Jak często spożywa Pan/Pani dania typu Fast food?

(tj. frytki, zapiekanki, hamburgery, kebaby itp.)

- a) codziennie
- b) kilka razy w tygodniu
- c) raz w tygodniu
- d) okazjonalnie
- e) nigdy

13. Czy spożywa Pani/Pan alkohol?

- a) tak codziennie
- b) tak, kilka razy w tygodniu
- c) tak, ale tylko okazjonalnie
- d) nie spożywam

14. Czy pali Pani/Pan papierosy?

- a) tak codziennie
- b) tak, ale rzadko
- c) rzuciłem palenie (data)
- d) nie paliłem nigdy**

15. Ile czasu w tygodniu poświęca Pani/Pan na ćwiczenia fizyczne tj. marsz, bieg, ćwiczenia siłowe, pływanie, jazda na rowerze i inne?

- a) ćwiczę ok. 60 minut tygodniowo
- b) ćwiczę ok. 150 minut tygodniowo (2,5 h) lub więcej
- c) trenuję intensywnie ponad 10 godzin tygodniowo
- d.) nie ćwiczę w ogóle , lub mniej niż 60 minut tygodniowo

16. Czy prowadzisz siedzący tryb życia?

- a.)tak, podaj jaki charakter pracy (kierowca, pracownik biurowy, kasjer w sklepie, praca nad projektami)inne.....
- b.) nie, głównie w ciągu dnia jestem na nogach

17. Czy odchudzała się Pan/ Pani wcześniej, z jakim skutkiem?

- a.) tak wiele razy z efektem jojo
- b.)nie nigdy
- c.)tak ciągle stosuję diety ale krótkotrwałe
- c.) raz lub kilka razy i udało mi się utrzymać wagę

18. Czy w ostatnich 2-3 latach przebyta została operacja lub zabieg?

- a) tak były to.....
-

b.) żadnych

19. Czy obecna waga jest najwyższa?

a.) tak

b.) nie , najwyższa wynosiła.....kg

20. Jaki jest Pani/Pana cel?

Chciałbym ważyćkg lub poprawić sylwetkę.....

Ponieważ:

1

2

3

4

5

21. Czy jest Pani/Pan uczulona na któryś z pokarmów?

a.) nie mam żadnych alergii

b.) mam alergię na

.....

.....

22. Preferencje żywieniowe:

c.) nie lubię takich produktów.....

.....

.....

d.) najbardziej lubię.....

.....

.....

23. Miewam dolegliwości po produktach:

.....

.....

.....

Dodatkowe uwagi,

Jeśli są jeszcze informacje związane z trybem odżywiania, stanem zdrowia lub inną kwestią, która nie została uwzględniona w ankiecie, bardzo proszę o wypisanie dodatkowych uwag, lub tego o czym powinnam Pani/Pana zdaniem wiedzieć przygotowując plan posiłków.

Pozdrawiam mgr inż. Kinga Kołodziej