



- Informacje ogólne:

Imię i nazwisko: .....

Telefon: .....

Adres: .....

Data urodzenia: .....

E-mail: .....

Płeć: .....

Masa ciała: .....

Wzrost: .....

Oczekiwana masa ciała: .....

Wskaźnik Aktywności Fizycznej PAL(k): ☐ niska ☐ średnia ☐ wysoka ☐ bardzo wysoka ☐

wyczynowo

- Preferencje żywieniowe:

Lubiane produkty



.....

.....

.....

Nielubiane produkty



.....

.....

.....

- Choroby, alergie i nietolerancje pokarmowe:

Choroby: ☐ TAK ☐ NIE

.....

Wzdęcia: ☐ TAK ☐ NIE

.....

Nadciśnienie tętnicze: ☐ TAK ☐ NIE

.....

Alergie / nietolerancje pokarmowe: ☐ TAK ☐ NIE

.....

Przyjmowane leki: ☐ TAK ☐ NIE

.....

Pytania własne:

.....

.....

.....

.....

.....



1. Liczba posiłków w ciągu dnia zaplanowana w jadłospisie

- ☐ 4-5 ☐ 3 ☐ mniej

2. Liczba posiłków, w których występują produkty dostarczające białka zwierzęcego

- ☐ we wszystkich posiłkach  
☐ w 75% posiłków  
☐ w mniejszej liczbie posiłków

3. Częstotliwość występowania mleka lub serów

- ☐ codziennie w 2 posiłkach  
☐ codziennie co najmniej w 1 posiłku i w 50% dni w 2 posiłkach  
☐ rzadziej

4. Częstotliwość występowania warzyw lub owoców

- ☐ codziennie w co najmniej 3 posiłkach  
☐ codziennie w co najmniej 2 posiłkach  
☐ rzadziej

5. Częstotliwość występowania warzyw i owoców w postaci surowej

- ☐ codziennie  
☐ w 75% dni  
☐ rzadziej

6. Częstotliwość występowania razowego pieczywa, kasz i strączkowych suchych

- ☐ codziennie co najmniej jeden z wymienionych produktów  
☐ w 75% dni jeden z wymienionych produktów

☐ rządziej

● Ocena wyglądu:

Włosy: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Paznokcie: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Skóra: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Język: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

● Pytania o rodzinę:

1. W najbliższej rodzinie występuje/występowała następująca choroba:

☐ Cukrzyca II typu ☐ Cukrzyca I typu ☐ Nowotwór ☐ Udar mózg

☐ Osteoporoza ☐ Choroby układu krążenia

2. Czy w najbliższej rodzinie występuje problem nadmiernej wagi? ☐ TAK ☐ NIE



● Pytania o styl życia

1. Jaki rodzaj pracy wykonujesz? ☐ SIEDZĄCA ☐ STOJĄCA ☐ MIESZANA

2. Czy masz możliwość podgrzania posiłków w pracy? ☐ TAK ☐ NIE

3. Czy masz regularne godziny pracy? ☐ TAK ☐ NIE Godziny pracy:

.....

4. Czy możesz zakupić posiłki w pracy? ☐ TAK ☐ NIE

● Pytania o używki

1. Jak dużo pijesz kawy, mocnej herbaty? ☐ Mało 1-2 ☐ Dużo 3+ ☐ Wcale

2. Palisz papierosy? ☐ TAK ☐ NIE

3. Jak dużo pijesz alkoholu? ☐ Kilka razy w tyg ☐ Kilka razy w m-c ☐ Kilka razy w roku ☐ Wcale

● Pytania o odżywianie

1. Ile wydajesz zł na jedzenie w ciągu 1 miesiąca?

.....

2. Czy podjadasz pod wpływem stresu? ☐ Podjadam ☐ Nie podjadam ☐ Nic nie mogę przełknąć

3. Czy podjadasz między posiłkami? ☐ TAK ☐ NIE

4. Czy jesz słodczy? ☐ TAK ☐ NIE

- **Funkcjonowanie w ciągu dnia**

na tygodniu: wstaję o godz.: ..... kładę się o godz.: ..... drzemki.:

.....

w weekend: wstaję o godz.: ..... kładę się o godz.: ..... drzemki.:

.....

- **Gotowanie**

**1. Umiejętności kulinarne:**

☐ potrafię zagotować wodę na herbatę ☐ potrafię przyrządzić najprostsze potrawy np. jajecznice

☐ kiedy mam przepis potrafię ugotować prawie wszystko

☐ w kuchni czuję się jak ryba w wodzie, potrafię ugotować i zmodyfikować przepis, stosuję wiele

technik kulinarnych

**2. Wyposażenie kuchenne:**

☐ Blender ☐ Grill ☐ Mikrofalówka ☐ Mikser ☐ Parowar ☐ Piekarnik

☐ Sokowirówka ☐ Thermomix ☐ Wok ☐ Wyciskarka do soków ☐ Patelnia