

Ankieta Dietetyczna

Aby jak najlepiej dopasować zalecenia żywieniowe do Pani potrzeb, proszę o wypełnienie poniższej ankiety, która zawiera pytania dotyczące codziennego sposobu odżywiania.

Zebrane informacje pozwolą mi dokładnie przeanalizować Pana/Pani nawyki żywieniowe oraz zidentyfikować obszary wymagające ewentualnych zmian. Na tej podstawie opracuję spersonalizowaną dietę, dostosowaną do Pana/Pani potrzeb i celów zdrowotnych.

❖ Informacje podstawowe:

Imię i nazwisko:

Wiek:

Masa ciała:

Wzrost:

❖ Stan zdrowia

Aktywność fizyczna, rodzaj wykonywanej pracy:

- siedząca
- umiarkowanie aktywna
- fizyczna

Na co Pan/Pani choruje? Jakie dolegliwości odczuwa po jedzeniu?

.....
.....
.....

❖ Zwyczaje żywieniowe

Ile posiłków (i o jakich godzinach) spożywa Pan/Pani w ciągu dnia?

.....

O której godzinie spożywa Pan/Pani pierwszy posiłek?:.....

O której godzinie spożywa Pan/Pani ostatni posiłek?:.....

Jak często spożywa Pani wymienione grupy żywności (Proszę zaznaczyć, wstawiając znak X w odpowiedniej kolumnie)?

Rodzaj spożywanych produktów	Częstotliwość spożywanych posiłków					
	Codziennie	5-6 razy w tygodniu	3-4 razy w tygodniu	1-2 razy w tygodniu	Rzadziej	Nie jadam
Produkty zbożowe z mąki pełnoziarnistej (np. razowe pieczywo)						
Produkty zbożowe z mąki oczyszczonej (np. białe pieczywo)						
Mleko i przetwory mleczne						
Jaja						
Czerwone mięso i jego przetwory (np. wołowina, wieprzowina)						
Drób						
Ryby						
Warzywa						
Owoce						
Masło, śmietana						
Inne tłuszcze (np. olej, margaryna)						
Cukier i słodcyce						

Proszę podać produkty, które szczególnie Pan/Pani lubi:

.....
.....

Proszę podać produkty, których szczególnie Pan/Pani nie lubi:

.....
.....

Proszę podać produkty, po których obserwuje Pan/Pani gorsze samopoczucie, świąd skóry, problemy gastryczne.

.....
.....
.....
.....

Którą technikę przyrządzania potraw stosuje Pan/Pani najczęściej:

- | | | | |
|--------------|---------------------|-------------|------------|
| -Gotowanie | -Smażenie | -Duszenie | -Pieczenie |
| -Grillowanie | -Gotowanie na parze | Inna: | |

Używa Pan/Pani cukru do słodzenia?

- Nie
- Tak

Czy pije Pan/Pani w ciągu dnia poniżej wymienione napoje? Jeżeli tak, proszę podać ilość dziennie?

- Wodę:
- Herbatę:
- Kawę:
- Soki:
- Napoje gazowane (np. Coca Cola, itp.):.....
- Napoje energetyzujące (np. Red Bull, itp.):.....

Czy zażywa Pan/Pani jakiegokolwiek: leki lub suplementy diety?

- Nie
- Tak (proszę podać nazwę i dawkowanie)

.....
.....
.....
.....

Dodatkowe informacje:

1. Jaki cel chciałby Pan/Pani osiągnąć?

.....
.....

2. Jakie przeszkody mogą stanąć na drodze do osiągnięcia wyznaczonego celu?

.....
.....

3. Jak wyglądają Pana/Pani wcześniejsze doświadczenia z dietą?

.....
.....
.....

4. Jakie ma Pani zaplecze kuchenne (dostępne „sprzęty kulinarne”, możliwość przygotowania/odgrzania posiłku) w pracy?

.....
.....
.....

5. Czy posiłki będą przygotowywane samodzielnie?

.....
.....

6. Każda inna informacja, którą chciałby Pan/Pani, abym uwzględniła przy układaniu diety.

.....
.....

Dziękujemy za poświęcony czas!