

## Kwestionariusz żywieniowy

1. Imię i nazwisko
2. Rok urodzenia
3. Wzrost
4. Masa ciała
5. Obwody ciała w centymetrach
  - talia
  - pas
  - biodra
6. Obecne choroby i dolegliwości
7. Przyjmowane leki, suplementy diety, zioła
8. Czy występuje u Pana/Pani alergia na produkty spożywcze? Jakiej?
9. Dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego (proszę zaznaczyć tak/nie, po jakich potrawach, produktach spożywczych):
  - zaparcia
  - wzdęcia
  - biegunka
  - zgaga
  - bóle żołądka
10. Czy występują dolegliwości po wybranych produktach spożywczych?
  - jogurty, kefiry, maślanki naturalne
  - sery twarogowe, serki grani
  - jaja
  - surowe warzywa (jeśli tak, to po jakich, np. papryka; rzodkiewka; ogórek zielony; ogórek i kapusta kiszona)
  - owoce
  - ciemne pieczywo

mleko surowe

11. Podejmowana aktywność fizyczna: jaki rodzaj aktywności, ile razy w tygodniu, ile minut, z jaką intensywnością?
12. Tryb i godziny pracy
13. Czy jest możliwość przerwy w pracy i zjedzenia posiłku? Ile razy w czasie pracy?
14. Możliwość podgrzania posiłku w pracy/ skorzystania z bufetu?
15. Co zazwyczaj jada Pan/Pani w pracy?
  
16. Czy istnieje możliwość wprowadzenia posiłków co 3/4 godziny?
17. Co zazwyczaj jada Pani/Pan na :
  - śniadanie
  - II śniadanie
  - Obiad
  - Kolację
  - Przekąski
18. Godzina snu i pobudki
19. Stosowane wcześniej próby odchudzania, diety. Jak długo trwały, z jakim rezultatem? Co pozwalało w nich wytrwać? Czemu zostały przerwane? Co przeszkadzało podczas ich stosowania?
  
20. Ilość wypijanych płynów w ciągu dnia
21. Czy jest dodatek mleka/śmietanki do kawy?
22. Dosładzanie napojów (cukier, słodziki, miód, syropy)
23. Używany tłuszcz do smarowania pieczywa
24. Czy oliwa do skrapiania pieczywa, pasty kanapkowe lub serek kanapkowy są przez Panią/Pana akceptowane?
25. Nielubiane potrawy
26. Ulubione potrawy
27. Produkty/potrawy, które ciężko byłoby wykluczyć z diety

28. Czy przygotowuje Pani/Pan sam posiłki? Czy jest Pani/Pan w tej kwestii uzależniony od członków rodziny?

29. Czy lubi Pan/Pani gotować?

30. Czy obiady są przygotowywane na dwa dni?

31. Czy posiada Pani/Pan sprzęty kuchenne jak: mikrofalówka, piekarnik, blender, parowar?

32. Proszę zaznaczyć czy lubi Pan/Pani niżej wypisane produkty:

Makaron biały

Makaron brązowy, razowy

Kasze

Ryż biały

Ryż brązowy

Pieczywo razowe

Płatki owsiane      inne płatki śniadaniowe

Musli

Warzywa strączkowe (fasola, groch, soczewica, cieciora), fasolka z puszki

Orzechy, migdały, słonecznik, siemię lniane, pestki dyni

Suszone owoce

Warzywa (proszę wypisać nielubiane gatunki)

oliwki      awokado      kielki      suszone pomidory      buraki  
szpinak      pieczarki

Ziemniaki

Owoce

Mleko

Nabiał

twarogi, sery twarogowe, serek grani, feta, mozzarella  
jogurty, kefiry, maślanki naturalne

Mięso

wieprzowina, drób

wędliny, wędliny drobiowe

kabanosy

Ryby

dorsz, mintaj, halibut

ryby wędzone, z puszki, śledź

Jaja

Wafle ryżowe

Sok pomidorowy      sok marchwiowy jednodniowy

Zupy (jak często pojawiają się w ciągu tygodnia)

Preferowane śniadania: na słodko / na słono

Dodatki do potraw

musztarda, ketchup, koncentrat, chrzan

pesto

33.      Jakie są Pana/Pani oczekiwania odnośnie terapii dietetycznej?