

Ankieta Dietetyczna

Witamy serdecznie,

Prosimy o dokładne wypełnienie ankiety, tylko w całości wypełniona ankieta z jak największą bazą informacji pozwoli nam na stworzenie jadłospisu, który będzie w pełni dopasowany pod Państwa indywidualne potrzeby (harmonogram dnia, upodobania kulinarne...itp.)

*Wymagane

Data wypełnienia ankiety *

1. Adres e-mail *

2. Imię i Nazwisko *

3. Data urodzenia: *

4. Aktualna waga i wzrost: *

5. Telefon kontaktowy, email lub skype *

6. Cel Twojej wizyty: *

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Zrzucenie zbędnych kilogramów
- Poprawa stanu zdrowia
- Zdrowe odżywianie
- Zdrowy styl życia
- Budowanie masy mięśniowej
- Poprawa sylwetki
- Poprawa wydolności

7. Status zawodowy: *

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Uczeń/student
- Nie pracuje
- Praca na etacie
- Własna działalność gospodarcza
- Emeryt/rencista:

8. Charakter pracy: *

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Praca zmianowa
- Praca siedząca przy komputerze
- Stojąca
- Stresująca
- Fizyczna
- W samochodzie

9. W jakich godzinach pracujesz ? *

10. Twoja aktywność: *

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Brak aktywności (praca siedząca, w domu odpoczywam)
- Mało aktywny (spacer rzadko, większość czasu leżę lub siedzę)
- Średnio aktywny (spacery min 2 razy w tyg., czasami inna aktywność)
- Aktywny (spaceruję, uprawiam sport min. 3 x w tygodniu)
- Bardzo aktywny (aktywność fizyczna min. 5 x w tygodniu)
- Jestem sportowcem

11. Jaki rodzaj aktywności uprawiasz ?

12. O której godzinie zazwyczaj wstajesz i kładziesz się spać ? *

13. Gdzie najczęściej spożywasz posiłki? *

14. Czy zdarzają Ci się napady głodu ? *

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- TAK
- NIE
- Inne:

15. Czy zdarzają Ci się napadowe chęci na coś słodkiego lub słonego ? *

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- TAK
- NIE
- Inne:

16. Ile litrów lub szklanek wody mineralnej (bez smakowej) wypijasz w ciągu dnia ? *

17. Czy pijesz kawę ? *

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Tak, codziennie
- Nie
- Czasami

18. Jeśli pijesz kawę to jaki rodzaj ?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Rozpuszczalna
- Sypana
- Z ekspresu
- 3 w 1

19. Dodatki do kawy:

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Mleko krowie
- Mleko bezlaktozy
- Mleko kokosowe
- Mleko ryżowe
- Mleko sojowe
- Mleko migdałowe

- Słodziki (ksylitol, stevia lub inne)
- Cukier biały
- Cukier trzcinowy
- Miód

20. Czy pijesz herbatę ? *

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Tak
- Nie
- Czasami

21. Jeśli pijesz herbatę to jaką ?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Herbata czarna
- Owocowa
- Herbata z cytryną
- Zielona, czerwona
- Słodzona
- Ziołowa (mięta, czystek,...)
- Z sokiem

22. Jakie dodatkowe napoje spożywasz w ciągu dnia ?

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Napoje i soki kolorowe
- Wody smakowe
- Świeże soki wyciskane
- Napoje energetyczne
- Napoje gazowane
- Napoje typu: light, zero

23. Czy spożywasz alkohol ? *

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Tak
- Nie
- Okazjonalnie

24. Ile posiłków zazwyczaj zjadasz w ciągu dnia ? *

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 lub więcej...
- Jadam bardzo nieregularnie

25. Opisz swój codzienny jadłospis, co najczęściej jadasz ? co lubisz? *

26. Wypisz produkty, które szczególnie lubisz: *

27. Wypisz produkty, których nie lubisz ale zjesz jak będzie taka potrzeba: *

28. Produkty, których nie cierpisz i nie zjesz na pewno: *

29. Produkty, po których odczuwam dolegliwości, problemy z trawieniem: *

30. Czy jesteś pod stałą opieką lekarską? *

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Tak
- Nie
- Inne:

31. Wypisz dolegliwości zdrowotne i choroby:

32. Czy zażywasz aktualnie jakiegokolwiek leki, lub suplementy diety? *

33. Jak często się wypróżniasz? *

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Raz dziennie
- Dwa razy dziennie
- Wiele razy dziennie
- Raz na dwa dni
- Raz na tydzień
- Nieregularnie

34. Czy jesteś w ciąży? (tylko dla kobiet)

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Tak
- Nie

Planuję zostać mamą w najbliższym czasie

35. Czy obecnie karmisz piersią ? (tylko dla kobiet)

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

Tak

Nie

36. Czy stosujesz antykoncepcję farmakologiczną ? (tylko dla kobiet)

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

Tak

Nie

37. Z ilu posiłków chciałabyś/chciałbyś, aby składał się Twój jadłospis? *

38. Czy współpracowałeś/łaś kiedyś z dietetykiem? (Jeśli TAK, jakie były rezultaty)? *

39. Czy stosowałaś/stosowałeś wcześniej jakąś dietę lub zasady zdrowego żywienia? *

40. Twój styl życia: *

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

Siedzę przed komputerem, telewizorem lub telefonem po 18:00

Kładę się spać po 22:00

Często zarywam nocki

Są takie dni, że w ogóle nie wychodzę na zewnątrz

Chodzę na siłownię lub fitness wieczorem

Często noszę okulary przeciwsłoneczne

Razi mnie światło

Śpię mniej niż 7 godzin

Wybudzam się w nocy

Stresuje się

Pracuję więcej niż 8 godzin

- Trudno mi się rano wstaje
- Często boli mnie głowa
- Mam stany lękowe
- Unikam aktywności fizycznej
- Mam stresującą pracę

41. Jak trafiłeś na konsultację dietetyczną w CM AS-MEDICA? *

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Sugestia lekarza tej Poradni
- Sugestia lekarza innej Poradni
- Za namową innych osób
- Internet (strona www, ogłoszenie)
- Inne: