**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

WYWIAD ŻYWIENIOWY

* Imię i nazwisko:
* E-mail:
* Numer telefonu:
* Miasto:
* Rok urodzenia:
* Wzrost:
* Masa ciała:
* Cel diety (zdrowe odżywianie/schudnięcie/przytycie/inne):
* Wymarzona waga:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Proszę o szczere i dokładne odpowiedzenie na poniższe pytania ☺**

# W jakich godzinach pracujesz/uczysz się?

# Czym dojeżdżasz do szkoły/pracy?

# Jaki masz rodzaj pracy (fizyczna/umysłowa/mieszana)? Czy dużo się ruszasz podczas pracy?

# Jaka jest Twoja aktywność fizyczna? Jak często ćwiczysz?

# Jak długo śpisz w ciągu doby i w jakich godzinach najczęściej?

# Czy przebyłeś/Aś ostatnio zabieg operacyjny lub chorobę przewlekłą?

# Czy cierpisz na jakieś schorzenie (np. nadciśnienie, cukrzyca, miażdżyca, Hashimoto, anemia itp.)?

# Czy przyjmujesz leki farmaceutyczne na stałe ? Jeśli tak- proszę wymienić nazwę oraz dawkowanie:

# Czy masz jakiekolwiek alergie pokarmowe?

# Czy często towarzyszy Ci stres?

# Czy posiadasz problemy z nieprawidłową masą ciała? Jeżeli tak proszę napisać kiedy się pojawiły?

# Czy stosowałeś/aś już jakieś diety? Jeśli tak- proszę podać nazwę oraz opisać:

# Co jadałeś/aś w dzieciństwie (smaki dzieciństwa)?

# Jakie są Twoje preferowane smaki? słony/słodki /pikantny/ziołowy/itp.?

# Czy jadasz słodycze, czy inne niezdrowe przekąski? Jak często?

# Ile posiłków dziennie zwyczajowo jadasz?

# Proszę wymienić produkty lub posiłki, po których nie czujesz się dobrze:

# Czy regularnie się wypróżniasz?

# Czy odczuwasz jakieś dolegliwości ze strony układu pokarmowego(zaparcia, biegunki, wzdęcia, przelewanie się w brzuchu, zgaga, refluks)?

# Czy Twoje posiłki są urozmaicone, czy powtarzają się?

# Jakie techniki kulinarne stosujesz najczęściej do przygotowywania potraw (duszenie, grillowanie, gotowanie, pieczenie, smażenie?

# Jaka atmosfera towarzyszy przy jedzeniu (stres, pośpiech, relaks)?

# Czy zdarza się, że podjadasz wieczorami? Między posiłkami?

# Czy masz czas na przygotowywanie posiłków?

# Czy jadasz na mieście? Jeśli tak to co (kuchnia włoska, fast foody, itp.)?

# Czy pijasz kawę? Jeśli tak to ile razy dziennie i ile dodajesz mleka i/lub cukru?

# Jakie masz odstępy między posiłkami? Jak długie?

# Ile godzin przed snem zjadasz najczęściej ostatni posiłek?

# Twoje ulubione produkty/potrawy (bez których nie wyobrażasz sobie żyć):

# Twoja czarna lista (produkty/potrawy, których nie lubisz):

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Jak wygląda Twoje odżywianie na co dzień?**

**Proszę o wpisanie do tabel wszystkich swoich posiłków i napojów, spożywanych przez okres 3 dni 😊**

**DZIEŃ 1 – POWSZEDNI:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **GODZINA**  *(np. 8:00)* | **POTRAWA**  *(np. owsianka na mleku)* | **PRODUKTY**  *(np. mleko 2%,płatki owsiane, banan)* | **ILOŚĆ**  *(np. 300 ml,*  *3 łyżki, 1 szt.)* |
| **POSIŁEK NR 1** |  |  |  |  |
| **POSIŁEK NR 2** |  |  |  |  |
| **POSIŁEK NR 3** |  |  |  |  |
| **POSIŁEK NR 4** |  |  |  |  |
| **POSIŁEK NR 5** |  |  |  |  |

**DZIEŃ 2 POWSZEDNI:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **GODZINA**  *(np. 8:00)* | **POTRAWA**  *(np. owsianka na mleku)* | **PRODUKTY**  *(np. mleko 2%,płatki owsiane, banan)* | **ILOŚĆ**  *(np. 300 ml,*  *3 łyżki, 1 szt.)* |
| **POSIŁEK NR 1** |  |  |  |  |
| **POSIŁEK NR 2** |  |  |  |  |
| **POSIŁEK NR 3** |  |  |  |  |
| **POSIŁEK NR 4** |  |  |  |  |
| **POSIŁEK NR 5** |  |  |  |  |

**DZIEŃ 3– WEEKENDOWY:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **GODZINA**  *(np. 8:00)* | **POTRAWA**  *(np. owsianka na mleku)* | **PRODUKTY**  *(np. mleko 2%,płatki owsiane, banan)* | **ILOŚĆ**  *(np. 300 ml,*  *3 łyżki, 1 szt.)* |
| **POSIŁEK NR 1** |  |  |  |  |
| **POSIŁEK NR 2** |  |  |  |  |
| **POSIŁEK NR 3** |  |  |  |  |
| **POSIŁEK NR 4** |  |  |  |  |
| **POSIŁEK NR 5** |  |  |  |  |