

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 😊

1. W jakich godzinach pracujesz/uczysz się?
2. Czym dojeżdżasz do szkoły/pracy?
3. Jaki masz rodzaj pracy (fizyczna/umysłowa/mieszana)? Czy dużo się ruszasz podczas pracy?
4. Jaka jest Twoja aktywność fizyczna? Jak często ćwiczysz?
5. Jak długo śpisz w ciągu doby i w jakich godzinach najczęściej?
6. Czy przebyłeś/Aś ostatnio zabieg operacyjny lub chorobę przewlekłą?
7. Czy cierpisz na jakieś schorzenie (np. nadciśnienie, cukrzyca, miażdżyca, Hashimoto, anemia itp.)?
8. Czy przyjmujesz leki farmaceutyczne na stałe ? Jeśli tak- proszę wymienić nazwę oraz dawkowanie:
9. Czy masz jakiegokolwiek alergię pokarmowe?

10. Czy często towarzyszy Ci stres?
11. Czy posiadasz problemy z nieprawidłową masą ciała? Jeżeli tak proszę napisać kiedy się pojawiły?
12. Czy stosowałeś/aś już jakieś diety? Jeśli tak- proszę podać nazwę oraz opisać:
13. Co jadałeś/aś w dzieciństwie (smaki dzieciństwa)?
14. Jakie są Twoje preferowane smaki? słony/słodki /pikantny/ziołowy/itp.?
15. Czy jadasz słodczyce, czy inne niezdrowe przekąski? Jak często?
16. Ile posiłków dziennie zwyczajowo jadasz?
17. Proszę wymienić produkty lub posiłki, po których nie czujesz się dobrze:
18. Czy regularnie się wypróżniasz?
19. Czy odczuwasz jakieś dolegliwości ze strony układu pokarmowego(zaparcia, biegunki, wzdęcia, przelewanie się w brzuchu, zgaga, refluks)?
20. Czy Twoje posiłki są urozmaicone, czy powtarzają się?
21. Jakie techniki kulinarne stosujesz najczęściej do przygotowywania potraw (duszenie, grillowanie, gotowanie, pieczenie, smażenie)?
22. Jaka atmosfera towarzyszy przy jedzeniu (stres, pośpiech, relaks)?
23. Czy zdarza się, że podjadasz wieczorami? Między posiłkami?
24. Czy masz czas na przygotowywanie posiłków?

- 25. Czy jadasz na mieście? Jeśli tak to co (kuchnia włoska, fast foody, itp.)?**
- 26. Czy pijasz kawę? Jeśli tak to ile razy dziennie i ile dodajesz mleka i/lub cukru?**
- 27. Jakie masz odstępy między posiłkami? Jak długie?**
- 28. Ile godzin przed snem zjadasz najczęściej ostatni posiłek?**
- 29. Twoje ulubione produkty/potrawy (bez których nie wyobrażasz sobie żyć):**
- 30. 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 <i>(np. 8:00)</i>	POTRAWA <i>(np. owsianka na mleku)</i>	PRODUKTY <i>(np. mleko 2%, płatki owsiane, banan)</i>	ILOŚĆ <i>(np. 300 ml, 3 łyżki, 1 szt.)</i>
POSIŁEK NR 1				
POSIŁEK NR 2				
POSIŁEK NR 3				
POSIŁEK NR 4				
POSIŁEK NR 5				

DZIEŃ 2 Powszedni:

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

DZIEŃ 3– Weekendowy:

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