



W Y W I A D Z D R O W O T N O - Ż Y W I E N I O W Y

Imię i nazwisko	
Dane kontaktowe (e-mail, nr tel.)	
Wiek	
Waga	
Wzrost	
Ciśnienie krwi	
Obwód pasa	
Obwód bioder	
Obwód ramienia	
Aktywność zawodowa/nauka (np. praca zmianowa)	
Codzienna aktywność fizyczna (np. spacer 30 min, rower 1 h, basen 45 min., etc.)	
Rytm snu (ile godzin? czas snu od – do)	
Problemy zdrowotne (np. cukrzyca, ciśnienie, tarczyca, miażdżyca, inne)	
Kobiety: 1-sza miesiączka/długość cyklu /menopauza	

Rytm wypróżnień (częstotliwość, biegunki, wzdęcia, zaparcia)	
Przyjmowane leki, suplementy, zioła	
Alergie (wziewne, pokarmowe, skórne)	
Zmiana odżywiania w ostatnim roku (np. dieta eliminacja)	
Spadek/wzrost masy ciała w ostatnim roku	
Cel wizyty (redukcja wagi, poprawa stanu zdrowia)	
Spożywane posiłki w ciągu dnia (ile posiłków, w jakich godzinach?)	
Czy podjada Pan/i pomiędzy posiłkami (w ciągu dnia, w stresie)?	
Spożywane płyny w ciągu doby (jakie, ile, czy słodzone?)	
Spożywane produkty zbożowe (pieczywo, ryż, makarony, kasze), czy do każdego posiłku?	

Spożywany nabiał (mleko, jogurt, ser, twaróg, kefir), ile i jak często?	
Mięso, wędliny, ryby (jak dużo, ile razy dziennie/w tygodniu?)	
Jajka (ile, w jakiej postaci?)	
Spożywane tłuszcze roślin./zw. (smarowanie, smażenie, pieczenie)	
Przyprawy (jakie?)	
Słodycze (ile, jakie?)	
Używki (kawa, alkohol, papierosy)	
Owoce (ile, jakie, kiedy?)	
Warzywa/salátky (tak/nie? jakie dodatki do sałatek: oliwa, olej, majonez?)	
Obróbka mięsa (pieczenie, gotowanie, smażenie)	
Ulubiona potrawa	
Produkty/potrawy, których Pan/i nie lubi	