

Wywiad żywieniowy

1. Dane personalne

Imię i nazwisko:

Adres e-mail:

Nr telefonu:

2. Informacje ogólne

Wiek	Waga	Wzrost	Obwód brzucha (pod pępkiem)	Obwód uda	Obwód klatki	Inne wymiary:			

Czym się zajmujesz: uczę się / pracuję / studiuję / emerytura / inne:.....

Jeśli praca, to w jakim charakterze?

Czas pracy lub zajęć: godziny stałe / zmienne

Cel konsultacji?

Sylwetka: redukcja tłuszczu / budowanie mięśni / poprawa składu ciała

Zdrowie: wyleczenie choroby / poprawa samopoczucia / mam dobre zdrowie

inne:

Skąd wiesz o mojej działalności?

strona internetowa / facebook / polecenie / ulotka / inne

3. Żywnienie

3.1. Ogólne

Ile jesz posiłków dziennie? 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 /

Czy były stosowane konkretne diety? Jeśli tak to jakie?

.....

Czy były stosowane suplementy? Jakie?

.....

Obecnie stosowana dieta?

Obecnie stosowane suplementy?

.....

Jak ocenisz poziom swojego apetytu?

bardzo niski / niski / optymalny / wysoki / bardzo wysoki

Tendencja do podjadania: często / rzadko / nie ma

Jeśli tak, to co podjadasz najczęściej?

Jak oceniasz swoje dotychczasowe żywienie? zdrowe / przeciętne / niezdrowe

Stosujesz używki? piwo / wino / alkohole wysokoprocentowe / cydr / papierosy / inne:

Jak często?

Ocena metabolizmu? tendencja do tycia / problem z przybraniem na wadze / stabilna waga / ciągłe wahania wagi / waga nagle wzrosła w ostatnim czasie / nagle spadła w ostatnim czasie

Gdzie robisz zakupy spożywcze?

Do jakich sklepów masz dostęp?

3.2. Preferencje smakowe

Najbardziej lubisz: słone / słodkie / kwaśne / pikantne / inne:

Preferowana intensywność smaku: łagodne / umiarkowane / intensywne

Potrawy, które szczególnie lubisz:

Potrawy, których szczególnie nie lubisz:

Czy jadasz na mieście? często / od czasu do czasu / rzadko / nie jadam

Jeśli tak, to gdzie najczęściej?

Jadasz warzywa? codziennie, dużo / codziennie, mało / kilka razy w tygodniu / raz w tygodniu / nie jadam

Jakie?

Jadasz owoce? codziennie, dużo / codziennie, mało / kilka razy w tygodniu / raz w tygodniu / nie jadam

Jakie?

Jadasz mięso? 3-5 porcji dziennie / 1-2 porcje dziennie / 3-7 porcji w tygodniu /
1-3 porcje w tygodniu / nie jadam

Jakie?

Jak przyrządzone? smażone / pieczone / duszone / gotowane na parze / gotowane / surowe /
grillowane / w panierce / w marynacie

Jadasz podroby? codziennie/ 3-6 razy w tygodniu / 1-2 razy w tygodniu / nie jadam

Jakie?

Jeśli nie jadasz, to czy byłbyś w stanie włączyć je do swojej diety? tak / nie

Jadasz ryby? 3-5 porcji dziennie / 1-2 porcje dziennie / 3-7 porcji w tygodniu /
1-3 porcje w tygodniu / nie jadam

Jakie?

Jadasz nabiał? codziennie, dużo / codziennie, mało / kilka razy w tygodniu /
raz w tygodniu / nie jadam

Jaki?

Jadasz produkty zbożowe? codziennie, dużo / codziennie, mało / kilka razy w tygodniu /
raz w tygodniu / nie jadam

Jakie?

Jadasz jajka? powyżej 3 dziennie / 1-3 dziennie / poniżej 7 w tygodniu / nie jadam

Jadasz owoce morza? kilka razy dziennie / raz dziennie / 2-6 razy w tygodniu /
raz w tygodniu / nie jadam

Jakie?

Jadasz rośliny strączkowe? kilka razy dziennie / raz dziennie / 2-6 razy w tygodniu /
raz w tygodniu / nie jadam

Jakie?.....

Jadasz orzechy i nasiona? codziennie / kilka razy w tygodniu/ raz w tygodniu / nie jadam

Jakie?.....

Jadasz zupy? codziennie / 2-6 razy w tygodniu / raz w tygodniu / nie jadam

Jakie?.....

Jadasz słodycze? codziennie, dużo / codziennie, mało / kilka razy w tygodniu /
raz w tygodniu / nie jadam

Jakie?

Słodzisz? codziennie, dużo / codziennie, mało / kilka razy w tygodniu /
nie słodzę

Czym?

Jakich przypraw używasz?

Na czym smażysz?

Jakich olejów używasz na zimno?

Ile płynów dziennie wypijasz? Mniej niż 1L / 1-2L / 2-4L / więcej niż 4L

Co pijesz? (rodzaj / marka / ilość)

Jaka woda?

Jaka herbata?

Jaka kawa?

Jakie zioła?

Słodzone, gazowane napoje?

.....

Inne:

4. Stan zdrowia

4.1. Choroby

Stwierdzone obecnie choroby: cukrzyca typ I / cukrzyca typ II / hashimoto /
niedoczynność tarczycy / PCOS / insulinooporność / miażdżyca /
astma / nowotwór / zapalenie wątroby / osteoporoza / RZS / łuszczyca /
infekcje grzybicze (Candida) / dna moczanowa / celiakia

Inne:

Rodzinne tendencje do chorób:

Choroby przebyte w przeszłości:

Przebyte operacje:

Stosowane obecnie leki:

Czy był stosowany antybiotyk w ostatnim czasie? Kiedy?

Ile kuracji antybiotykowych w życiu? (mniej więcej)

Inne dolegliwości: przewlekłe zmęczenie / bóle głowy / bóle stawów / przewlekły stres /
skurcze mięśni / trzymanie wody podskórnej / słaba pamięć / depresja /
nadpobudliwość /

4.2. Układ pokarmowy

Dolegliwości układu pokarmowego: refluks / wrzody żołądka / wzdęcia / wrzody jelita /
SIBO / ZJD / gazy / wycięty pęcherzyk żółciowy / częste bekanie

Wypróżnienia: zaparcia / biegunki / naprzemiennie zaparcia i biegunki / bezproblemowe

Częstość wypróżnień: ponad 2 razy dziennie / 2 razy dziennie / raz dziennie /
raz na dwa dni / rzadziej niż raz na dwa dni

4.3 Sen i poziom energii

Ocena poziomu ogólnej energii w ciągu dnia? (1-10)

Rytm dobowy:

prawidłowy (wczesne wstawanie z dużą energią, stopniowy zanik energii podczas dnia,
senność wieczorem i szybkie zasypianie)

odwrócony (poranki bez energii, energia narastająca w ciągu dnia, wieczorne pobudzenie i
kłopoty z zasypianiem)

obniżony (ciągle niski poziom energii, ciężkie poranki i szybkie zasypianie)

podwyższony (dużo energii z rana i dużo wieczorem, kłopoty z zasypianiem)

Średnia długość snu (w godzinach):

Jakość snu: sen ciągły/budzę się raz/budzę się kilka razy/trudności z zaśnięciem/trudności
z wstaniem

Jak ocenisz wrażliwość na kofeinę? mocno pobudza / lekko pobudza / nie pobudza

4.4. Ogólne

Jak ocenisz odporność na stres? bardzo dużo się stresuję / sporo się stresuję /
mało się stresuję / nie stresuję się

Jak ocenisz odporność na infekcje? często choruję / rzadko choruję / prawie nie choruję /
nie choruję w ogóle

Ocena tolerancji na zimno? odczuwam zimno, gdy innym jest ciepło /
odczuwam temperaturę tak jak inni / jest mi cieplej niż innym

Odczucia po posiłku: senność / spadek energii / wzrost energii / szybko powracający głód

Stan skóry, włosów i paznokci: skóra sucha / cellulit / wypadające włosy / łamliwe paznokcie / nadmierne owłosienie /

Poziom libido: bardzo niski / niski / średni / wysoki / bardzo wysoki

Zarost: obfity i gęsty / umiarkowany / delikatny / brak

Stwierdzone alergie:

Produkty po których czujesz się gorzej:

Twój sposób narodzenia: naturalny / cesarskie cięcie

5. Dla kobiet

Regularność cyklu: regularny / lekko nieregularny / mocno nieregularny / brak miesiączki

Długość cyklu:

Czy przyjmujesz hormonalną antykoncepcję?

Czy podczas miesiączki występują niechciane dolegliwości?

Czy jesteś w ciąży?

Czy karmisz piersią?

Ilość przebytych ciąży?

7. Aktywność fizyczna

Stosunek do aktywności: nie lubię i nie zacznę / nie lubię, ale stosuję dla zdrowia / lubię, rekreacyjnie / uwielbiam / trenuję zawodowo

Ocena aktywności w ciągu dnia (pomijając treningi) : bardzo niska (cały dzień siedzący) / niska / umiarkowana / wysoka / bardzo wysoka (cały dzień na nogach)

Częstość aktywności fizycznej: częściej niż 7 razy w tygodniu / codziennie / 5-6 razy tygodniowo / 3-4 razy tygodniowo / 1-2 razy tygodniowo / nie występuje

Jaka to aktywność? spacer / bieganie / trening w domu / ćwiczenia z filmikami / siłownia / crossfit / basen / interwały / rower / zajęcia grupowe / rowerek stacjonarny

Pora wykonywania treningu: rano / w ciągu dnia / wieczorem / kilka razy dziennie / wcale / różne pory

Staż treningowy:

