**WYWIAD ŻYWIENIOWY**

**Dane ogólne**

* Imię i nazwisko:
* Wiek:
* Waga i wzrost:
* E-mail, numer telefonu:

**Praca i styl życia**

* Rodzaj wykonywanej pracy: siedząca/ fizyczna/mieszana/nie pracuję/uczeń/student\*
* O której wstajesz i o której kładziesz się spać? …………..
* Czy palisz papierosy? …………..
* Jaki masz poziom energii przy obecnym stylu życia:\*
	+ odczuwam ciągłe zmęczenie
	+ często odczuwam zmęczenie i senność
	+ nie tryskam energią, ale mam siłę aby sprostać codzienności
	+ jestem wulkanem energii
* Czy uprawiasz jakąś aktywność fizyczną? ……………………..
* Jeśli tak jaką, jak często, w jakich godzinach ………………………………………………………………………..

**Nawyki żywieniowe**

* Czy stosowałeś/aś specjalną dietę lub odchudzałeś/aś się? ………………
* Jeśli tak, napisz jaką i kiedy, ile kg udało się zredukować? ………….…………………………………………..
* Czy po diecie odchudzającej nastąpił efekt jo-jo? ……………..
* Ile dziennie zjadasz posiłków (razem z przekąskami)? ………………..
* Co najczęściej pijesz i jaką ilość w ciągu dnia? ………………….
* Czy stosujesz specjalny sposób odżywiania?\*
* jestem wegetarianinem/bez glutenu/bez laktozy/bez mleka/inne……………………………..
* nie, jem wszystkie produkty
* Jakie produkty jesz najczęściej?\*
* produkty zbożowe (pieczywo, makarony, kasze)
* posiłki mączne (pierogi, naleśniki, kluski)
* mleko i produkty mleczne
* warzywa
* owoce
* posiłki mięsne, posiłki rybne
* posiłki bezmięsne
* słodycze, ciasta
* przekąski słone (chipsy, paluszki, orzeszki solone)
* Jakich produktów nie lubisz jeść?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Jakie produkty lubisz jeść?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Czy przygotowujesz posiłki samodzielnie? ……………..
* Jakie sposoby gotowania lubisz najbardziej?\*

- Smażenie/pieczenie/gotowanie w wodzie/gotowanie na parze/duszenie

* Który z Twoich posiłków jest największy?\*

- śniadanie/drugie śniadanie/obiad/podwieczorek/kolacja

* Czy podjadasz między posiłkami? zawsze/czasami/w sytuacjach stresowych/nigdy\*
* Ile razy w miesiącu pijesz alkohol? wcale/1-4 razy/więcej niż 4 razy\*
* Czy stosujesz suplementy diety? Jeśli tak to jakie? …………………………………………………………………

**Zdrowie**

* Czy masz alergie pokarmowe? Jeśli tak, to Jeśli tak, to jakie?..................................……………..
* Czy masz nietolerancje pokarmowe? Jeśli tak, to jakie? ………………………………………..……………..
* Czy masz bóle brzucha? Czy masz wzdęcia? Czy masz biegunki? Czy masz zaparcia? Jeśli tak, jak często?\* ………………………………………………………………………………..
* Jak często się wypróżniasz? 1 raz dziennie/raz na 2-3 dni/2-3 razy dziennie\* lub ………………….
* Czy cierpisz na jakąś chorobę autoimmunologiczną? Jeśli tak to na jaką?\*
-Hashimoto/RZS/toczeń/łuszczyca/bielactwo/twardzina układowa/…………………………………..
* Czy chorujesz na przewlekłe infekcje? Jeśli tak to na jakie? ………………………………………………….
* Czy chorujesz na depresję/zaburzenia lękowe/inne …………………………………………………………….
* Czy występują u Ciebie zaburzenia odżywiania?\*

- Anoreksja/bulimia/BED (zaburzenie z napadami objadania się)/ortoreksja/NES (zespół jedzenia nocnego)/bigoreksja\*/inne ……………………………………………………………………………………

podpis

……………………………….

\*Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji i realizacji usług za pośrednictwem poczty elektronicznej, komunikatorów internetowych, formularzy on-line na podany przeze mnie adres poczty elektronicznej oraz iż zostałem poinformowany/a o możliwości wniesienia sprzeciwu co do dalszego ich otrzymywania w powyższy sposób – zgodnie z ustawą z dn.18.07.2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. nr 144, poz.1204).