

Ankieta żywieniowa

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko

Adres e-mail

Wiek

Wzrost (cm)

Masa ciała (kg)

Rodzaj pracy (aktywna/siedząca)

Nawyki żywieniowe

Ilość posiłków dziennie

Czy spożywasz posiłki regularnie?

Który z posiłków jest najbardziej obfity?

Czy pojedasz między posiłkami?

W jakich porach masz największą ochotę na spożywanie posiłków?

Czy masz skłonność do zajadania stresu?

Czy masz możliwość posiłku w pracy/szkole?

Ilość godzin dziennie poza domem?

Jakie płyny najczęściej spożywasz?

Wymień ulubione produkty

Wymień produkty nielubiane

Czy są produkty spożywcze /potrawy po których źle się czujesz? Jeśli tak, wymień.

Aktywność fizyczna

mało aktywny (brak ćwiczeń + praca siedząca)	
średnio aktywny (ćwiczenia 3 razy w tygodniu + praca siedząca)	
aktywny (codziennie intensywne ćwiczenia)	
bardzo aktywny (codziennie intensywne ćwiczenia + praca fizyczna przez większą część dnia)	

Cel diety (wpisz "tak" w odpowiednim polu)

Dieta redukcyjna	
Wzrost masy ciała	
Dieta w chorobie	
Zdrowe odżywianie	
Dieta wegańska/wegetariańska (lub inna dieta eliminująca)	

Inne

Jeśli posiadasz aktualne wyniki badań laboratoryjnych (z ostatnich 6 miesięcy) możesz dodać w załączniku	
Inne istotne informacje o których powinienam wiedzieć	

-Dzienniczek żywieniowy-

Dzień 1

Data

Godzina posiłku	Posiłek (np: śniadanie, obiad)	Spożyte produkty spożywcze (np: mleko 2%, chleb razowy)	Ilość, gramatura, miary domowe (np: szklanka, łyżka, garść, 10 gramów)	Uwagi, dolegliwości

Godzina posiłku	Posiłek (np: śniadanie, obiad)	Spożyte produkty spożywcze (np: mleko 2%, chleb razowy)	Ilość, gramatura, miary domowe (np: szklanka, łyżka, garść, 10 gramów)	Uwagi, dolegliwości

Godzina posiłku	Posiłek (np: śniadanie, obiad)	Spożyte produkty spożywcze (np: mleko 2%, chleb razowy)	Ilość, gramatura, miary domowe (np: szklanka, łyżka, garść, 10 gramów)	Uwagi, dolegliwości
Ilość wypitych płynów w ciągu doby				

Dzień 2

Data:

Godzina posiłku	Posiłek (np: śniadanie, obiad)	Spożyte produkty spożywcze (np: mleko 2%, chleb razowy)	Ilość, gramatura, miary domowe (np: szklanka, łyżka, garść, 10 gramów)	Uwagi, dolegliwości

Godzina posiłku	Posiłek (np: śniadanie, obiad)	Spożyte produkty spożywcze (np: mleko 2%, chleb razowy)	Ilość, gramatura, miary domowe (np: szklanka, łyżka, garść, 10 gramów)	Uwagi, dolegliwości

Godzina posiłku	Posiłek (np: śniadanie, obiad)	Spożyte produkty spożywcze (np: mleko 2%, chleb razowy)	Ilość, gramatura, miary domowe (np: szklanka, łyżka, garść, 10 gramów)	Uwagi, dolegliwości
Ilość wypitych płynów w ciągu doby				