Imię i nazwisko pacjenta: …….

w każdym pytaniu można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź ☺

1. Jak określisz swój archetyp?

- ☐ Uczeń/student
- ☐ Pracownik biurowy
- ☐ Osoba posiadająca bardzo stresującą pracę, żyjąca w pośpiechu
- ☐ Osoba z problemami zdrowotnymi/przewlekłymi chorobami
- ☐ Sportowiec
- ☐ Mama wracająca do formy
- ☐ Praca w trybie wielozmianowym
- ☐ Inne (jakie?) ……..

2. Jaki rodzaj pracy wykonujesz?

- ☐ siedząca
- ☐ fizyczna
- ☐ mieszana
- ☐ nie pracuję

3. W jakich godzinach pracujesz?

- ☐ 7-15
- ☐ 8-16
- ☐ 9-18
- ☐ Inne (jakie) ……..

4. O której godzinie zazwyczaj kładziesz się spać?

……

5. Jaki jest Twój poziom energii przy obecnym stylu życia?

- ☐ Odczuwam ciągłe zmęczenie, mam problemy ze wstawaniem z łóżka i nic mi się nie chce
- ☐ Często odczuwam zmęczenie i senność, nie mam ochoty by zaczynać coś nowego
- ☐ Nie tryskam energią, ale mam energię by pokonywać codzienne wyzwania
- ☐ Mam powera od samego rana i chętnie podejmuję ponadprogramowe działania
- ☐ Jestem wulkanem energii i ciężko mnie zatrzymać!

6. Czy regularnie uprawiasz aktywność fizyczną?

- ☐ Tak (jaką?) ……..
- ☐ Nie

7. Czy stosowałeś kiedykolwiek ograniczenia żywieniowe / specjalną dietę?

- ☐ Tak (jakie?) ……..
- ☐ Nie

8. Czy w przeciągu ostatnich 6 miesięcy odchudzałaś/eś się?

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Nigdy się nie odchudzałam/em

9. Jeśli zaznaczyłeś TAK, napisz ile kilogramów udało Ci się zredukować?

……

10. Czy po diecie odchudzającej wystąpił efekt jo-jo?

- ☐ Tak
- ☐ Nie

11. Ile posiłków dziennie zjadasz?

- ☐ 1-2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ Powyżej 5

12. Co najczęściej pijesz?

- ☐ wodę niegazowaną
- ☐ wodę gazowaną
- ☐ słodzone soki, nektary owocowe i warzywne
- ☐ świeże soki owocowo-warzywne
- ☐ słodzone napoje gazowane lub energetyki
- ☐ kawę
- ☐ herbatę
- ☐ zioła
- ☐ napoje alkoholowe

13. Jakie produkty spożywasz najczęściej?

- ☐ słodycze i ciasta
- ☐ produkty zbożowe (pieczywo, makarony, kasze itp.)
- ☐ mleko, sery, jogurty
- ☐ posiłki mączne(pierogi, naleśniki, kluski itp.)
- ☐ posiłki słone
- ☐ posiłki pikantne
- ☐ posiłki mięsne
- ☐ owoce
- ☐ warzywa

14. Jakich produktów nie lubisz jeść i nie chciałbyś mieć w swoim jadłospisie?

……

15. Czy podjadasz między posiłkami?

- ☐ zawsze
- ☐ czasami
- ☐ nigdy
- ☐ w sytuacjach stresowych

16. Ile razy w miesiącu spożywasz alkohol?

- ☐ wcale
- ☐ 1-4 razy
- ☐ więcej niż 4 razy

17. Czy stosujesz specjalny sposób odżywiania?

- ☐ jestem wegetarianinem
- ☐ jestem weganinem
- ☐ jestem na diecie bezglutenowej
- ☐ jestem na diecie bezlakotozowej
- ☐ jestem na diecie Paleo
- ☐ nie, jem wszystkie produkty
- ☐ Inne (jakie?) ……..

18. Jak oceniasz swój stan zdrowia?

- ☐ Bardzo źle
- ☐ Źle
- ☐ Nie jest źle, ale mogłoby być znacznie lepiej
- ☐ Dobrze
- ☐ Bardzo dobrze

19. Czy aktualnie leczysz się z powodu, którejś z poniższych chorób lub masz poniższe problemy zdrowotne?

- ☐ Nadciśnienie tętnicze
- ☐ Choroba wieńcowa
- ☐ Wysoki poziom cholesterolu całkowitego
- ☐ Wysoki poziom trójglicerydów
- ☐ Miażdżyca
- ☐ Cukrzyca typu I
- ☐ Cukrzyca typu II
- ☐ Cukrzyca ciążowa
- ☐ Choroba wrzodowa żołądka
- ☐ Choroba wrzodowa dwunastnicy
- ☐ Zespół jelita drażliwego
- ☐ Nadmierne wzdęcia
- ☐ Przewlekłe biegunki
- ☐ Problemy z zaparciami
- ☐ Nadczynność tarczycy
- ☐ Niedoczynność tarczycy

- ☐ Choroba Gravesa Basedowa
- ☐ Hashimoto
- ☐ Wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C
- ☐ Kamica żółciowa
- ☐ Marskość wątroby
- ☐ Przewlekłe zapalenie trzustki
- ☐ Celiakia
- ☐ Nietolerancja laktozy
- ☐ Kamica nerkowa
- ☐ Kłębuszkowe zapalenie nerek
- ☐ Niewydolność nerek
- ☐ Dna moczanowa
- ☐ Zespół Policystycznych Jajników (PCOS)
- ☐ Zespół Cushinga (ZC)
- ☐ Osteoporoza
- ☐ Anemia z niedoboru żelaza
- ☐ Anemia z niedoboru witaminy B12
- ☐ Anemia z niedoboru kwasu foliowego
- ☐ Kłopoty z zasypiniem
- ☐ Nadmierna senność po posiłku
- ☐ Wzmożony apetyt
- ☐ Alergie wziewne
- ☐ Problem z wypadaniem włosów
- ☐ Problem z łamiącymi się paznokciami
- ☐ Ciągłe zmęczenie
- ☐ Częste infekcje dróg moczowych
- ☐ Częste infekcje dróg rodnych
- ☐ Częste obrzęki
- ☐ Choroby reumatyczne
- ☐ Reumatoidalne zapalenie stawów
- ☐ Inne ……..
- ☐ Nie, nie cierpię na żadne z powyższych

20. Czy cierpisz na alergie pokarmowe?

- ☐ Tak (jakie?) ……..
- ☐ Nie

21. Czy cierpisz na nietolerancje pokarmowe?

- ☐ Tak (jakie?) ……..
- ☐ Nie

22. Czy masz problemy skórne?

- ☐ Tak (jakie?) ……..
- ☐ Nie

23. Napisz dietetykowi coś o sobie, by mógł lepiej Cię poznać!