**Kwestionariusz dotyczący stylu życia**

1. Imię i nazwisko: .......................................................................................................................
2. Data urodzenia: .......................................................................................................................
3. Cel wizyty, problem, z jakim Pani/Pan zgłasza się do dietetyka: ............................................
.................................................................................................................................................
.................................................................................................................................................
4. Czy stwierdzono u Pani/Pana nietolerancje lub alergie pokarmowe? Jakie? .................................................................................................................................................
5. Czy stwierdzono u Pani/Pana choroby przewlekłe lub zaburzenia metaboliczne? Jeżeli tak, proszę zaznaczyć jakie.
	* Nie mam stwierdzonych żadnych chorób.
	* Insulinooporność.
	* Cukrzyca typu 2.
	* Niedoczynność tarczycy.
	* Zespół policystycznych jajników (PCOS).
	* Nadciśnienie / biorę leki na nadciśnienie.
	* Miażdżyca.
	* Inne, jakie? ..................................................................................................................
	......................................................................................................................................
6. Czy w Pani/Pana najbliższej rodzinie występują lub występowały choroby przewlekłe? Jeżeli tak, proszę zaznaczyć jakie.
	* Nie.
	* Choroby układu krążenia.
	* Nadciśnienie.
	* Cukrzyca.
	* Alergie.
	* Choroby neurodegeneracyjne (choroba Parkinsona, choroba Alzheimera).
	* Choroby autoimmunologiczne, jakie?. .........................................................................
	* Nowotwory.
	* Osteoporoza.
	* Inne, jakie? ..................................................................................................................
	......................................................................................................................................
7. Czy przyjmuje Pani/Pan na stałe leki? Jeżeli tak, to proszę podać jakie.
.................................................................................................................................................
..................................................................................................................................................................................................................................................................................................
8. Czy przyjmuje Pani/Pan na stałe suplementy diety? Jeżeli tak, to proszę podać jakie. Czy zostały one zalecone przez lekarza? ......................................................................................
.................................................................................................................................................
.................................................................................................................................................
9. Czy miał(a) Pani/Pan kiedyś operację? Jaką? Kiedy? ............................................................ .................................................................................................................................................
.................................................................................................................................................
10. Czy wypróżnia się Pani/Pan regularnie? Tak / Nie – jeżeli nie, proszę zaznaczyć:
	* Mam biegunki.
	* Mam zaparcia.
11. Czy obecnie stosuje Pani/Pan specjalną dietę? Jeżeli tak, proszę podać jaką.
	* Nie stosuję specjalnej diety.
	* Dieta niskoenergetyczna (odchudzająca).
	* Dieta wegetariańska.
	* Dieta wegańska.
	* Dieta bezglutenowa.
	* Wykluczenie mleka i przetworów mlecznych.
	* Wykluczenie laktozy.
	* Inna, jaka? ...................................................................................................................
12. Jak często Pani/Pan jada na mieście lub spożywa posiłki gotowe (w skali tygodnia)? .................................................................................................................................................
13. Jak często (w skali tygodnia) spożywa Pani/Pan potrawy smażone? .................................................................................................................................................
14. Czy słodzi Pani/Pan kawę lub herbatę? Jeżeli tak, to czym i ile łyżeczek w skali tygodnia? .................................................................................................................................................
15. Ile szklanek (po ok. 250 ml) napojów (i jakich) wypija Pani/Pan w ciągu dnia? .................................................................................................................................................
16. Ile łyżeczek soli dodaje Pani/Pan do przygotowywania posiłków w ciągu dnia (dania obiadowe, kanapki itd.)? ..........................................................................................................
17. Jak często spożywa Pani/Pan alkohol, w jakiej ilości i pod jaką postacią (w skali tygodnia)? .................................................................................................................................................
18. Czy pali Pani/Pan papierosy
	* Tak.
	* Nie i nigdy nie paliłam/-em.
	* Nie, ale paliłam/-em w przeszłości
19. Kto najczęściej przygotowuje posiłki u Pani/Pana w domu?
	* Ja.
	* Ktoś z domowników.
20. Jakim sprzętem kuchennym Pani/Pan dysponuje? Proszę zaznaczyć.
	* Blender.
	* Parowar.
	* Piekarnik.
	* Młynek.
	* Inne, jakie? ..................................................................................................................
21. Jak ocenia Pani/Pan swoje umiejętności kulinarne?
	* Słabo - umiem zrobić tylko najprostsze potrawy.
	* Średnio - umiem zrobić większość potraw.
	* Dobrze - umiem wszystko ugotować.
22. Jaki rodzaj pracy Pani/Pan wykonuje? (np. praca biurowa, fizyczna, na pełny etat, pół etatu, pracuje zdalnie z domu, pracuje w trybie zmianowym o nieregularnych godzinach itp.) .................................................................................................................................................
.................................................................................................................................................
23. Ile godzin dziennie spędza Pani/Pan na siedząco?
- w dzień powszedni: ...............................................................................................................
- w weekend: ...........................................................................................................................
24. Ile godzin dziennie jest Pani/Pan aktywna/-y fizycznie? Jakiego rodzaju jest to aktywność?
- w dzień powszedni: ...............................................................................................................
- w weekend: ...........................................................................................................................
25. Ulubione produkty / potrawy: ...................................................................................................
.................................................................................................................................................
26. Nielubiane produkty / potrawy: ................................................................................................
.................................................................................................................................................

**Dodatkowe pytania do kobiet**

1. Czy miesiączkuje Pani regularnie? Tak / Nie
2. Czy jest Pani obecnie w ciąży? Tak / Nie
3. Czy aktualnie karmi Pani piersią? Tak / Nie

W razie konieczności pilnego kontaktu, proszę o podanie numeru telefonu: ......................................