

## *Kwestionariusz dotyczący stylu życia*



1. Imię i nazwisko:

2. Data urodzenia:

3. Wzrost:  cm

4. Masa ciała:  kg

5. Cel wizyty, problem, z jakim zgłaszasz się do dietetyka:

6. Czy masz zdiagnozowane nietolerancje lub alergię pokarmowe? Jakiej?

7. Czy masz stwierdzone choroby przewlekłe lub zaburzenia metaboliczne? Jakiej?

Nie mam stwierdzonych żadnych chorób.

Insulinooporność.

Cukrzyca typu 2.

Niedoczynność tarczycy.

Choroba Hashimoto.

Zespół policystycznych jajników (PCOS).

Nadciśnienie / biorę leki na nadciśnienie.

Miażdżyca.

Inne, jakie?

8. Czy w Twojej najbliższej rodzinie występują lub występowały choroby przewlekłe? Jakiej?

Nie.

Choroby układu krążenia.

Nadciśnienie.

Cukrzyca.

Alergie.

Choroby autoimmunologiczne, jakie?

Nowotwory.

Osteoporoza.

Inne, jakie?

9. Czy przyjmujesz na stałe leki? Jeżeli tak, to jakie?

10. Czy przyjmujesz na stałe suplementy diety? Jeżeli tak, to jakie? Czy zostały one zalecone przez lekarza?

11. Czy miałeś kiedyś operację? Jaką? Kiedy?

12. Czy wypróżniasz się regularnie?

- Tak.
- Nie, mam biegunki.
- Nie, mam zaparcia.

13. Czy obecnie stosujesz specjalną dietę? Jeżeli tak, to jaką?

- Nie stosuję specjalnej diety.
- Dieta niskoenergetyczna (odchudzająca).
- Dieta wegetariańska.
- Dieta wegańska.
- Dieta bezglutenowa.
- Wykluczenie mleka i przetworów mlecznych.
- Wykluczenie laktozy.
- Inna, jaka?

14. Jak często jadasz na mieście lub spożywasz posiłki gotowe (w skali tygodnia)?

15. Jak często spożywasz potrawy smażone (w skali tygodnia)?

16. Czy słodzisz kawę lub herbatę? Jeżeli tak, to czym i ile łyżeczek w skali tygodnia?

17. Ile szklanek (po ok. 250 ml) napojów (i jakich) wypijasz w ciągu dnia?

18. Ile łyżeczek soli dziennie dodajesz do przygotowywania posiłków (dania obiadowe, kanapki itd.)?

19. Jak często spożywasz alkohol, w jakiej ilości i pod jaką postacią (w skali tygodnia)?

20. Czy palisz papierosy?

- Tak.
- Nie i nigdy nie palił\_m.
- Nie, ale palił\_m w przeszłości.

21. Kto najczęściej przygotowuje posiłki u Ciebie w domu?

Ja.

Ktoś z domowników. Kto?

22. Jakim sprzętem kuchennym dysponujesz?

Blender.

Piekarnik.

Frytkownica beztłuszczowa / Air Fryer.

Młynek.

Parowar.

Inne, jakie?

23. Jak oceniasz swoje umiejętności kulinarne?

Słabo – umiem zrobić tylko najprostsze potrawy.

Średnio – umiem zrobić większość potraw.

Dobrze – umiem wszystko ugotować.

24. Jaki rodzaj pracy wykonujesz? (np. praca biurowa, fizyczna, na pełny etat, pół etatu, pracuję zdalnie z domu, pracuję w trybie zmianowym o nieregularnych godzinach itp.)

25. Ile godzin dziennie jesteś aktywn\_\_ fizycznie? Jakiego rodzaju jest to aktywność?

• w dzień powszedni:

• w weekend:

26. Ulubione produkty / potrawy:

27. Nielubiane produkty / potrawy:

### **Dodatkowe pytania dotyczące kobiet:**

28. Czy miesiączkujesz regularnie?

Tak.       Nie.

29. Czy jesteś obecnie w ciąży?

Tak.       Nie.

30. Czy aktualnie karmisz piersią?

Tak.       Nie.

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

Czy jest jeszcze coś, co uważasz za ważne?