**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: ......................................