



Proszę o wypełnienie ankiety. Ważne jest by być szczerym i nie oszukiwać. Pozwoli to na precyzyjną diagnozę oraz ustalenie strategii dietoterapii.

<b>Imię i nazwisko</b>	
Nr telefonu	
Adres mail	
Data urodzenia/wiek	
Wzrost	
Miejsce zamieszkania	

### Proszę zaznaczyć zdiagnozowane choroby

IO	
Anemia	
Pcos	
Celiakia	
Niedoczynność tarczycy	
Nadczynność tarczycy	
Hashimoto	
Graves – basedova	
Autoimmunizacje	
Dna moczanowa	
Przebyty udar/zawał	
Choroby nerek	
Refluks	
Nieżyt żołądka	
Osteoporoza	
WZJG	
Miażdżyca	
Nadciśnienie	
Uczucie przelewania w jamie brzuszej	
Biegunki	
Zaparcia	
Alergie wziewne	
Alergie pokarmowe	
Inne	

### Proszę napisać cel dietoterapii

Upagniona waga	
Inne	

### Aktywność fizyczna

Rodzaj uprawianej aktywności fizycznej	
Częstotliwość uprawianej aktywności fizycznej	



**Proszę wymienić ulubione oraz zniechęczone potrawy/produkty spożywcze**

<b>Lubiane produkty</b>	
<b>Nie lubiane produkty</b>	

**Czy zauważył Pan/Pani niepożądaną reakcję organizmu (biegunka, zatwardzenie, ból brzucha, osłabienie, zmniejszona koncentracja) na pewne rodzaje produktów spożywczych? Jeśli tak, to proszę je wymienić.**

Tak	
Nie	

**Proszę ocenić wygląd skóry, włosów, oraz paznokci w skali (1..5, gdzie 1 oznacza najgorszy stan, a 5 najlepszy).**

Skóra	
Włosy	
Paznokcie	

**Czy w najbliższej rodzinie występowały następujące choroby/schorzenia?**

Nadwaga	
Cukrzyca	
Nowotwór	
Udar	
Choroby ukł. Krążenia	
Osteoporoza	
Inne	

Proszę podaj rodzaj wykonywanej pracy	
Czy pracuje Pan/Pani w trybie zmianowym?	
Czy ma Pan/Pani możliwość podgrzania posiłków w pracy?	



Ile wypija Pan/Pani kawy/mocnej herbaty dziennie?	
Ile dodaje Pan/Pani cukru do kawy/herbaty?	
Czy dodaje Pan/Pani mleko/śmietankę do kawy/herbaty?	
Jak często pija Pan/Pani soki lub kolorowe napoje gazowane?	
Czy pali Pan/Pani papierosy?	
Jak często pije Pan/Pani alkohol?	

Ile wody Pan/Pani wypija w ciągu dnia?	
--	--

Czy podjada Pan/Pani między posiłkami?	
Czy w sytuacji stresującej podjada Pan/Pani czy raczej nic nie może Pan/Pani przełknąć?	
Co jest dla Pana/Pani ważniejsze: smak i urozmaicenie potraw (proszę wpisać 1) czy prostota i szybkość wykonywania posiłków (proszę wpisać 2)?	

### **Funkcjonowanie w ciągu dnia**

O której godzinie Pan/Pani wstaje?	
O której godzinie Pan/Pani kładzie się spać?	

Proszę ocenić swoje umiejętności kulinarne w skali 1:5	
--	--



**Czy kiedykolwiek wcześniej były stosowane diety? Jeśli tak to jakie?**

---

Empty light blue rectangular area for response.

**Proszę podać aktualnie przyjmowane leki/suplementy/zioła/hormony**

---

Empty light blue rectangular area for response.

**Uwagi**

---

Empty light blue rectangular area for response.