

5. Czy jesteś aktywny ruchowo na co dzień?

- Nie, w pracy siedzę, w domu odpoczywam na kanapie.
- Mało aktywny, spaceruje raz na jakiś czas.
- Umiarkowanie aktywny, spaceruje regularnie.
- Aktywny, spaceruje i ćwiczę minimum 3 razy w tygodniu.
- Jestem sportowcem, uprawiam dyscyplinę:.....

6. Jaka jest twoja historia stosowanych diet?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Czy planujesz jadłospis z wyprzedzeniem?

- Nie
- Tak
- Czasami

8. Czy zdążają ci się napadowe chęci jedzenia czegoś słodkiego/ słonego?

- Nie
- Tak, często
- Czasami
- Nigdy

9. Jakie są twoje zainteresowania ?

.....
.....

10. Jak się radzisz sobie ze stresem, co robisz aby sobie poprawić nastrój ?

.....
.....
.....

11. Czy masz możliwość podgrzania posiłków kiedy jesteś poza domem?

.....
.....

12. Czy możesz zjeść posiłek poza domem o dowolnej porze czy masz ustaloną przerwę odgórnie?.....

.....
.....

13. Czy masz zęby leczone kanałowo?

.....

14. Czy masz plomby z amalgamatu?

.....

15. Ile wody pijesz w ciągu dnia?

.....
16. Jak często się wypróżniasz ?

- Raz dziennie
- Raz na dwa dni
- Dwa razy dziennie
- Raz na tydzień
- Kilka razy dziennie
- Nieregularnie

17. Czy palisz papierosy ?

- Nie
- Jestem byłym palaczem
- Tak , ile dziennie.....
- Okazjonalnie

18. Czy cierpisz na astmę ?

- Nie
- Tak
- Nie wiem, miewam duszności

19. Czy jesteś pod opieką lekarza specjalisty / jakiego?

.....
.....
.....

20. Czy zażywasz regularnie ?

- Leki przepisane przez lekarza, jakie?.....
- Antydepresanty
- Leki przeciwbólowe/przeciwzapalne
- Parafarmaceutyki (lekarstwa bez recepty)
- Preparaty odchudzające
- Środki na zgagę
- Suplementy, witaminy, minerały
- Wspomagające wypróżnianie
- Preparaty ziołowe

21. Czy przed suplementacją zostały wykonane badania diagnostyczne?

- Tak
- Nie

22. Przebyte operacje i zabiegi?

23. Dolegliwości zdrowotne i choroby?

--

24. Co lubisz jeść a czego nie lubisz ?

Bardzo lubię	Nie lubię ,ale jak trzeba to zjem	Nie cierpię i nie zjem	Produkty po których mam dolegliwości

25. Czy jadasz ryby, jak często?

- Tak, często.....
- Nie, prawie nigdy

26. Czy jadasz kasze, ryż inne pseudo zboża ?(quinoa, amarantus, teff, sorgo)

- Tak, często.
- Nie

27. Jak często spożywasz produkty pszenne tj: pizza, chleb pszenny, bułki, pierogi, makaron, pyzy?

- Na każdy posiłek
- Raz dziennie
- Kilka razy w tygodniu raz w tygodniu
- Wcale lub okazjonalnie

28. Ulubione potrawy/ Potrawy, które często gotujesz lub jesz ?

--

29. Jakie przyprawy stosujesz w trakcie gotowania ?

30. Jakie napoje spożywasz w ciągu dnia ?

- Herbata, jaka? ile?..... słodzisz?.....
- Kawa, jaka, ile?.....słodzisz?.....
- Napoje gazowane, jakie ?ile?.....
- Soki, jakie ?.....
- Mleka roślinne, jakie ? ile ?.....
- Napoje energetyczne ,ile?.....
- Wody smakowe
- Alkohol, jak często?.....

31. Ile jesteś w stanie przygotowywać posiłków dziennie ?

- 1-2
- 3-4
- 5-6

32. Co jesteś w stanie zrobić aby poprawić swoje zdrowie ?

Dla kobiet

33. Czy jesteś w ciąży?

- Tak , który tydzień i termin porodu?.....
- Nie

34. Czy stosujesz lub stosowałaś antykoncepcje, jaką , jak długo?

35. Czy jesteś w połogu?

- Tak
- Nie

36. Czy karmisz obecnie piersią?

- Nie
- Tak

37. Czy planujesz w najbliższym czasie zajść w ciążę ?

- Tak
- Nie

