

KWESTIONARIUSZ OCENY SPOSOBU ŻYWIENIA

Data badania

Proszę uzupełnić poniższe dane:

Wiek (lata)	Masa ciała (kg)	Wzrost (cm)
-------------------	-----------------------	-------------------

2. Liczba posiłków w ciągu dnia:

- 1-2 posiłki 3-4 posiłki 5 i więcej posiłków

3. Regularne przerwy między posiłkami:

- tak nie

4. Średni odstęp między posiłkami w godzinach.....

5. Spożycie pierwszego śniadania:

- do godziny po przebudzeniu w ciągu 2 godzin po przebudzeniu więcej niż 2 godziny po przebudzeniu

6. Spożycie kolacji:

- tuż przed pójściem spać 1 godzinę przed snem 2-3 godziny przed snem powyżej 3 godzin przed snem

7. Spożywanie napojów wraz z posiłkami:

- tak nie

8. Ilość płynów spożytych w ciągu dnia:

- do 0,5l 0,5-1l 1,5-2l więcej niż 2l

9. Czy stosował/a Pan/i jakieś diety lub zmieniał/a sposób odżywiania?

nie

tak (jakie?/ jak długo?)

.....

10. Ocena dotychczasowego sposobu odżywiania:

- bardzo zły zły średni dobry bardzo dobry

Umów się na wizytę:

| 📞 | +48 22 35 58 200

| 🌐 | carolina.pl



Partner Medyczny
Polskiego Komitetu Olimpijskiego

11. Główny cel diety:

12. Jakie produkty/ składniki należy wyeliminować z diety (ze względu na choroby, alergie, nietolerancje, nie lubiane)

13. Jakie produkty/ składniki są mile widziane w diecie (preferencje żywieniowe):

14. Godzina pobudki:

dzień roboczy dzień wolny

15. Godzina kładzenia się spać:

dzień roboczy dzień wolny

16. Ile godzin w ciągu doby zwyczajowo przeznaczają Pan/Pani na sen?

17. Jak ocenia Pan/Pani swój stan zdrowia?

bardzo dobry średni bardzo zły
 dobry zły trudno ocenić

18. Czy stwierdzono u Pana/Pani choroby przewlekłe takie jak?

cukrzyca choroby nerek choroby wątroby
 choroby układu krążenia alergia inne (jakie).....

19. Jak ocenia Pan/Pani swoją aktywność fizyczną?

mała średnia duża

20. Jak często Pan/Pani uprawia sport?

codziennie, co najmniej 30 minut 2-3 razy w tygodniu każdorazowo co najmniej 30 minut 1 raz w tygodniu lub rzadziej wcale

21. W jaki sposób spędza Pan/Pani wolny czas?

biernie (film, książka) spacer czynnie (zajęcia/sportowe siłownia)

22. Jak ocenia Pan/Pani swój sposób żywienia?

bardzo dobry średni bardzo zły
 dobry zły nie wiem

Umów się na wizytę:

|  +48 22 35 58 200

|  carolina.pl



Partner Medyczny
Polskiego Komitetu Olimpijskiego

23. Ile posiłków* spożywa Pan/Pani zazwyczaj w ciągu dnia?

- 1 2 3 4 5 i więcej

**Posiłek - produkty żywnościowe lub ich zestawy spożywane zwyczajowo w określonych porach dnia (I śniadanie, II śniadanie, obiad, podwieczorek, kolacja)*

24. Czy zwyczajowo spożywa Pan/Pani posiłki o stałych porach?

- tak nie

25. Czy pojada* Pan/Pani między posiłkami?

- tak nie

**Pojadanie - okazyjne spożywanie produktów między posiłkami przeważnie w niewielkich ilościach*

26. Jaką żywność spożywa Pan/Pani zazwyczaj między posiłkami?

- | | | |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ciasta, ciastka | <input type="checkbox"/> owoce | <input type="checkbox"/> soki, napoje |
| <input type="checkbox"/> cukierki,
czokolady, batony | <input type="checkbox"/> desery mleczne,
serki | <input type="checkbox"/> krakersy, paluszki, chipsy |
| <input type="checkbox"/> warzywa | <input type="checkbox"/> mleko, napoje
mleczne | <input type="checkbox"/> orzechy, migdały, nasiona, pestki |

27. Ile porcji* warzyw spożywa Pan/Pani zazwyczaj w ciągu dnia?

- 1 2 3 4 5 i więcej

**Porcja - ilość produktu przeznaczona do jednorazowego spożycia (ok. 100 g, np. jeden średni pomidor, pół szklanki surówki)*

28. Ile porcji* owoców spożywa Pan/Pani zazwyczaj w ciągu dnia?

- 1 2 3 4 5 i więcej

** Porcja - ilość produktu przeznaczona do jednorazowego spożycia (ok. 100 g, np. jedno średnie jabłko, pół szklanki truskawek/malin)*

29. Czy stosuje Pan/Pani specjalną dietę?

- tak nie

Jeśli **tak**, proszę podać jaką:

- | | | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wegetariańska | <input type="checkbox"/> odchudzająca | <input type="checkbox"/> optymalna (np. Atkinsa,
Kwaśniewskiego) | <input type="checkbox"/> wysokobiałkowa
(np. Ducana) |
| <input type="checkbox"/> wegańska | <input type="checkbox"/> cukrzycowa | <input type="checkbox"/> niełączenia (np. Haya) | <input type="checkbox"/> zgodna z grupą
krwi |
| <input type="checkbox"/> Inna (jaka?)..... | | | |

30. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy przyjmował Pan/Pani suplementy diety?

tak

nie

Jeśli tak jakie?

31. Jak często i w jakiej ilości spożywa Pan/Pani następujące produkty?

Proszę o wybranie i zaznaczenie znakiem X odpowiedzi w kolumnach 1 - 5 i wypełnienie kolumny 6

	3-4 razy dziennie	1-2 razy dziennie	Kilka razy w tygodniu	Raz w tygodniu	Rzadziej niż raz w miesiącu / nigdy	Określ zwyczajową porcję (gramy, sztuki, szklanki, łyżki itp.)
	1	2	3	4	5	6
PIECZYWO						
razowe/graham						
pszenne						
mieszane						
chrupkie						
PŁATKI, MUSLI						
KASZA						
MAKARON						
RYŻ						
MLEKO I PRZETWORY MLECZNE						
jogurty, kefir naturalne						
jogurty, kefir smakowe						
sery żółte						
sery twarogowe						
JAJA						

Umów się na wizytę:

 +48 22 35 58 200

 carolina.pl



Partner Medyczny
Polskiego Komitetu Olimpijskiego

MIĘSO						
wieprzowina						
wołowina						
cielęcina						
baranina/jagnięcina						
dziczyzna						
drób						
RYBY						
morskie (np. łosoś, śledź, dorsz, makrela, tuńczyk, flądra)						
słodkowodne (np. pstrąg, karp, sandacz, szczupak)						
wędzone						
TŁUSZCZE						
masło						
mix tłuszczowy						
margaryna						
oleje						
smalec / słonina						
orzechy						
pestki/nasiona						
WARZYWA						
świeże						
mrożone						

Umów się na wizytę:

☎ | +48 22 35 58 200

🌐 | carolina.pl



Partner Medyczny
Polskiego Komitetu Olimpijskiego

inne						
OWOCE						
świeże						
mrożone						
inne						
PRODUKTY FERMENTOWANE						
kapusta kiszona						
ogórki kiszone						
oliwki						
wędliny dojrzewające (<i>typu salami, szynka dojrzewająca</i>)						
sos sojowy						
ŻYWNOŚĆ TYPU FAST FOOD						
frytki						
hamburgery/cheeseburgery						
pizza						
hot dog/zapiekanki						
SŁODYCZE						
czekolady, batony						
ciasta i ciastka						
cukierki typu karmelki, landrynki, żelki						

Umów się na wizytę:

|  +48 22 35 58 200

|  carolina.pl



Partner Medyczny
Polskiego Komitetu Olimpijskiego