

KWESTIONARIUSZ OCENY SPOSOBU ŻYWIENIA

Proszę uzupełnić poniższe dane:

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

2. Ilość 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

11. Główny cel diety:_____

12. Jakie produkty/ składniki należy wyeliminować z diety (ze względu na choroby, alergię, nietolerancję, nie lubiane):_____

Umów się na wizytę:

|  | +48 22 35 58 200

|  | carolina.pl

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

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?

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ ciasta, ciastka | ☐ owoce | ☐ soki, napoje |
| ☐ cukierki,
czekolady, batony | ☐ desery mleczne,
serki | ☐ krakersy, paluszki, chipsy |
| ☐ warzywa | ☐ mleko, napoje
mleczne | ☐ 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:

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---|
| ☐ wegetariańska | ☐ odchudzająca | ☐ optymalna (np. Atkinsa,
Kwaśniewskiego) | ☐ wysokobiałkowa
(np. Ducana) |
| ☐ wegańska | ☐ cukrzycowa | ☐ niełączenia (np. Haya) | ☐ zgodna z grupą
krwi |

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

cukierki typu karmelki, landrynki, żelki						
---	--	--	--	--	--	--