

Kwestionariusz żywieniowy

Godziny pracy/poza domem:

Poniedziałek: Wtorek: Środa: Czwartek:
..... Piątek:

Sobota: Niedziela:

Czym dojeżdża Pan / Pani do pracy ? (auto, tramwaj, rower, pieszo)

Tryb życia :

Czy przebył/a Pani/Pan ostatnio zabieg operacyjny, lub chorobę przewlekłą?

Czy w Pani/Pana rodzinie występują jakieś choroby? :

Czy przyjmuje Pan/Pani leki farmaceutyczne na stałe? :

Czy przyjmuje Pan / Pani suplementy diety na stałe?

Czym ma Pan/Pani jakieś alergie pokarmowe?

* miażdżycę lub wysoki poziom cholesterolu we krwi?

- * nadciśnienie lub za niskie ciśnienie?
- * choroby serca? * choroby nerek?
- * nadczynność/niedoczynność tarczycy?
- * choroby przewodu pokarmowego? (wrzody/biegunki/wzdęcia/zaparcia)
- * refluks?
- * nowotwory?
- * osteoporozę?
- * problemy na tle hormonalnym?
- * problemy na tle skórny?

Kiedy ostatnio robił/a Pan/Pani wyniki badań? -

Kiedy pojawiły się problemy z nieprawidłową masą ciała?

Czy miał/a Pan/Pani problemy z nadwagą w dzieciństwie?

Czy występowały jakieś problemy z nadwagą lub otyłością w rodzinie?

Czy stosował Pani już jakieś diety? (wymienić nazwy, lub opisać diety)

Jakie pokarmy lubi Pan / Pani spożywać?

-

Jakich pokarmów Pan / Pani unika w swojej diecie?

-

Co jadała / jadał Pani/Pan w dzieciństwie?

.....
Preferowane smaki? słony/słodki /ostry/ziółowy? Inny?

Ile posiłków dziennie zwyczajowo Pan/Pani zjada?

Czy posiłki są urozmaicone, czy powtarzają się?

Czy zjada Pani/Pan rybę 3 razy w tygodniu?

Czy zjada Pan/Pani codziennie produkty pełnoziarniste?

Czy jada Pan/Pani produkty wysokotłuszczowe?

Jakich tłuszczu używa Pan/Pani do smażenia potraw?

Czy jada Pan/Pani czerwone mięso?

W jaki sposób mięso jest przygotowywane?

Najczęściej spożywane węglowodany to: kasze, ryże/makarony, kluski, pierogi/mąki, pieczywo (PZ/BP) /słodycze, ciasta, ciastka, cukier, miód/owoce/warzywa/

Jakie techniki kulinarne stosuje Pan/Pani do przygotowywania potraw? Duszenie?
Grillowanie? Gotowanie? Pieczenie? Smażenie?

Czy jada Pan/Pani dwudaniowy obiad?

Jaka atmosfera towarzyszy przy jedzeniu? Stres? Pośpiech? Relaks?

Czy jada Pan/Pani słodycze, czy inne niezdrowe przekąski? Jak często?

Czy zdarza się, że podjada Pan/Pani w nocy? Między posiłkami?

Czy ma Pan/Pani czas na przygotowywanie posiłków (do pracy/szkoły)?

Czy jada Pan/Pani na mieście? Fast foody?

Ile l płynów pije Pan/Pani dziennie? Czego?

Ile Kawy wypija Pan / Pani w ciągu dnia? Jak kawa ? (espresso, rozpuszczalna,, sypana) z mlekiem? Ilu procentowym? Słodzona? Czym ? Ile..... ?

- Woda - ile? jaka?

Herbata? Słodzona? Czym? Ile? Z sokiem?.....

Z miodem? Jaka? Z cytryną?

Napoje gazowane?

Czy zdarza się Panu/Pani omijać lub zapominać o jakimś posiłku?

Odstępy między posiłkami? Jak długie?

Ile godzin przed snem zjada Pan/Pani ostatni posiłek?

Czym przyprawia/dosala Pan/Pani potrawy?

Kiedy przychodzi największa ochota na jedzenie?

Czy po zjedzonym posiłku czuje się Pan/Pani syta?

Czy zwraca Pan/Pani uwagę na kaloryczność potraw?

Czy pali Pan/Pani?

Czy pije Pan/Pani alkohol? Jak często? Jaki rodzaj? Ile?

Czy regularnie się Pan/Pani wypróżnia?

Cele do osiągnięcia:

Poprawić wagę / poprawa wyników / utrzymać wagę / poprawić energię / poprawić zdrowie /

Jaką wagę chciałby/aby Pan/Pani osiągnąć?

Czy miewa Pan/Pani wahania wagi?

Najmniejsza waga?



Wielkopolskie Centrum Terapii Naturalnych

Dąbrowskiego 30b/30

883 188 881

60-841 Poznań

biuro@wctn.pl