

ANKIETA – przed wizytą

DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko:

Waga:

Data urodzenia:

Wzrost:

Miejsce zamieszkania (miejscowość):

Tel kontaktowy:

Pesel:

Email:

Skype:

Wypełniając ankietę, wpisz odpowiedź lub zaznacz X w kwadracie (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

CEL WIZYTY

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zrzucenie wagi | <input type="checkbox"/> Budowa masy mięśniowej |
| <input type="checkbox"/> Profilaktyka | <input type="checkbox"/> Poprawa stanu zdrowia |
| <input type="checkbox"/> Zdrowy styl życia | <input type="checkbox"/> Zdrowe odżywianie |
| <input type="checkbox"/> Przyrost masy ciała | <input type="checkbox"/> Zniwelowanie dolegliwości |
| <input type="checkbox"/> Inny: | |

AKTYWNOŚĆ

Status zawodowy:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Uczeń/student | <input type="checkbox"/> Prowadzę własną działalność |
| <input type="checkbox"/> Nie pracuję | <input type="checkbox"/> Emeryt/rencista |
| <input type="checkbox"/> Pracuję zawodowo | |

Wykonywany zawód:

Charakter twojej pracy:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Siedząca przy komputerze | <input type="checkbox"/> Stresująca |
| <input type="checkbox"/> Praca zmianowa | <input type="checkbox"/> Fizyczna |
| <input type="checkbox"/> Stojąca | <input type="checkbox"/> W samochodzie |

Jak oceniasz swoją codzienną aktywność?

- Siedząco/leżąca (w pracy siedzę, w domu raczej odpoczywam)
- Umiarkowanie aktywny (spaceruję regularnie)
- Mało aktywny (spaceruję raz na jakiś czas)
- Aktywny (spaceruję i uprawiam sport min. 3 x w tyg.)
- Bardzo aktywny (uprawiam sport min. 5 x w tyg.)
- Jestem sportowcem, uprawiam dyscyplinę sportową:

ROZKŁAD DNIA

Opisz godzinowo rozkład stałych codziennych czynności na przestrzeni tygodnia np. pobudka/praca/zakupy/trening/spanie.

Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

ODŻYWIANIE

Twoja historia stosowanych diet (kiedy? jaka?):

Czy planujesz jadłospis z wyprzedzeniem?

- Nie Tak, regularnie
 Tak, regularnie

Czy zdarzają Ci się napadowe chęci zjedzenia czegoś słodkiego /słonego?

- Nie Tak, często
 Czasami

Gdzie najczęściej spożywasz posiłki?

- W domu W restauracji
 W pracy Różnie
 W szkole

Czy w pracy/szkole możesz zjeść posiłek o dowolnej porze?

- Nie Tak

Czy w pracy masz możliwość podgrzania posiłku?

- Nie Tak, ale jem zimne
 Tak, korzystam z mikrofalówki

Ile litrów lub szklanek wody mineralnej (nie smakowej) wypijasz w ciągu dnia?

-litrów lub szklanek

Czy pijesz kawę?

- Nie Tak, codziennie
 Od czasu do czasu

Jeśli w poprzednim pytaniu odpowiedziałeś tak, to jaka to kawa i ile wypijasz ich w ciągu dnia?

- Rozpuszczalna Z ekspresu
 Sypana (zalewana) 3w1

Ilość wypijanych kaw w ciągu dnia:

Dodatki do kawy, których używasz:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mleko krowie | <input type="checkbox"/> Mleko migdałowe |
| <input type="checkbox"/> Mleko kokosowe | <input type="checkbox"/> Śmietanka do kawy |
| <input type="checkbox"/> Mleko sojowe | <input type="checkbox"/> Cukier |
| <input type="checkbox"/> Mleko ryżowe | <input type="checkbox"/> Miód |
| <input type="checkbox"/> Słodzik | |

Czy pijesz herbatę?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak, codziennie |
| <input type="checkbox"/> Od czasu do czasu | |

Jaka to herbata i ile ich pijesz w ciągu dnia?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Czarna | <input type="checkbox"/> Z cukrem |
| <input type="checkbox"/> Zielona, czerwona, biała | <input type="checkbox"/> Z sokiem lub mlekiem |
| <input type="checkbox"/> Ziołowa | <input type="checkbox"/> Z cytryną |
| <input type="checkbox"/> Owocowa | |

Ilość wypijanych herbat w ciągu dnia:

Jakie inne napoje spożywasz w ciągu dnia?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Świeże soki wyciskane | <input type="checkbox"/> Napoje energetyczne |
| <input type="checkbox"/> Napoje gazowane | <input type="checkbox"/> Wody smakowe |
| <input type="checkbox"/> Napoje i soki kolorowe | <input type="checkbox"/> Żadne z wymienionych |

Czy spożywasz alkohol?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak, często |
| <input type="checkbox"/> Okazjonalnie | |

Jakie przyprawy stosujesz w swojej kuchni?

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Maggi | <input type="checkbox"/> Ziarenka smaku |
| <input type="checkbox"/> Vegeta | <input type="checkbox"/> Zioła |

Rosółki

Sól i pieprz

Czy jadasz pieczywo tradycyjne (pszenne)?

Nie

Tak, codziennie

Czasami

Czy jadasz kasze, ryż, pseudo zboża (komosa ryżowa, teff, sorgo)?

Nie

Tak, często

Czasami

Czy spożywasz produkty typu: kluski, pierogi, pizza, makaron, pyzy?

Nie

Tak, często

Czasami

Czy jesz ryby?

Nie

Tak, często

Czasami

LUBIĘ NIE LUBIĘ

Produkty, które szczególnie lubię:	Produkty, których nie lubię, ale zjem jak trzeba:	Produkty, których nie cierpię i nie zjem na pewno:	Produkty po których odczuwam dolegliwości:

ZDROWIE

Dolegliwości zdrowotne i choroby - wypisz te, które występują u Ciebie:

Wypisz specjalizację lekarza:

Czy zażywasz regularnie:

- leki przepisane przez lekarza
- parafarmaceutyki
- suplementy, witaminy i minerały
- antydepresanty
- preparaty odchudzające
- wspomagające wypróżnienia
- leki przeciwzapalne np.: Apap, Ibuprom
- środki na zgagę
- preparaty ziołowe

Wypisz nazwy i dawki stosowanych leków czy wymienionych wyżej środków:

Czy przed suplementacją wykonane zostały badania diagnostyczne?

Nie

Tak

Wypisz przebyte operacje i zabiegi, kiedy się odbyły oraz jakie są zalecenia lekarskie:

Czy palisz papierosy?

Nie

Tak

Jestem byłym palaczem

Okazjonalnie

Ile wypalasz papierosów dziennie:.....

Czy cierpisz na astmę?

Nie

Tak

Nie wiem, ale miewam duszności

Jak często się wypróżniasz?

Raz dziennie

Raz na dwa dni

Dwa razy dziennie

Raz na tydzień

Wiele razy dziennie

Nieregularnie

Czy masz plomby z amalgamatu?

Nie

Nie, ale mam plomby z innych tworzyw

Zostały usunięte

Tak, jedną

Tak, kilka

Tak, ale planuje usunąć

Czy masz zęby leczone kanałowo?

- Nie Tak, kilka
- Tak, jeden Nie wiem
- Jestem w trakcie leczenia

STYL ŻYCIA

- Łatwo wybucham złością
- Kładę się spać po 22:00
- Zarywam noc
- Siedzę przed komputerem, telewizorem lub telefonem po 17:00
- Spędzam czas wolny w markecie lub sklepie
- Są takie dni kiedy w ogóle nie wychodzę na zewnątrz
- Jestem nieszczęśliwy/a
- Długo noszę w sobie urazę
- Mam w mieszkaniu wifi
- Wifi pozostaje włączone na noc
- Zawsze dokładnie myję ręce
- Używam wilgotnych chusteczek
- Wstaję kiedy budzik zadzwoni (bez budzika nie wstanę)
- Chodzę na siłownię lub fitness wieczorem
- Śpię godzinę krócej by mieć czas na aktywność fizyczną
- Kąpię się 2 razy dziennie
- Używam antyperspirantów
- W pracy, w czasie przerwy zaglądam na FB lub podobne
- Oglądam lub słucham wiadomości
- Kiedy świeci słońce noszę okulary słoneczne
- Razi mnie światło
- Śpię mniej niż 7 godzin

- Wybudzam się w nocy
- Stresuję się
- Mam stany lękowe
- Pracuję więcej niż 8 godzin
- Trudno mi się rano wstaje
- Jestem typem „sowa”
- Unikam aktywności fizycznej
- Często boli mnie głowa
- Cierpię na bezsenność
- Pracuję w warunkach stresu

TYLKO DLA KOBIEC

Czy stosujesz antykoncepcję farmakologiczną?

- Nie Tak
- Kiedyś stosowałam

Wpisz jaki to był rodzaj antykoncepcji i czas stosowania:

Czy jesteś w ciąży?

- Nie Tak
- Nie wiem

Jeśli tak, wpisz w którym tygodniu ciąży jesteś i datę planowanego rozwiązania:

Czy jesteś w połogu?

- Nie Tak
- Od porodu minęło:

Czy obecnie karmisz piersią?

- Nie Tak
- Tak, ale odstawiam już dziecko od piersi

Czy planujesz w najbliższym czasie zajść w ciążę?

- Nie
- Tak, aktywnie staram się o dziecko
- Tak, planuję, ale nie mam konkretnego terminu

Czy masz regularne miesiączki?

- Nie Tak
- Nie mam miesiączki

Czy masz PMS lub bóle podczas miesiączki?

- Nie Tak, mam PMS
- Tak, mam bóle brzucha

Na konsultację zabierz ze sobą wcześniejsze wyniki badania krwi, moczu oraz innych badań diagnostycznych, jak również wypisy ze szpitala, karty leczenia, zalecenia lekarskie /medyczne/ fizjoterapeutyczne. Pamiętaj też, żeby przed konsultacją prowadzić dzienniczek żywieniowy - wzór do pobrania na stronie najzdrowiej.com