

## 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 muskulatury        |
| <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 kaw wypijanych w ciągu dnia: .....

**Dodatki do kawy, których używasz:**

- Mleko krowie  Mleko migdałowe  
 Mleko kokosowe  Śmietanka do kawy  
 Mleko sojowe  Cukier  
 Mleko ryżowe  Miód  
 Słodzik

**Czy pijesz herbatę?**

- Nie  Tak, codziennie  
 Od czasu do czasu

**Jaka to herbata i ile ich pijesz w ciągu dnia?**

- Czarna
- Zielona, czerwona, biała
- Ziołowa
- Owocowa
- Z cukrem
- Z sokiem lub mlekiem
- Z cytryną

Ilość wypijanych herbat w ciągu dnia: .....

**Jakie inne napoje spożywasz w ciągu dnia?**

- Świeże soki wyciskane
- Napoje gazowane
- Napoje i soki kolorowe
- Napoje energetyczne
- Wody smakowe
- Żadne z wymienionych

**Czy spożywasz alkohol?**

- Nie
- Okazjonalnie
- Tak, często

**Jakie przyprawy stosujesz w swojej kuchni?**

- Maggi
- Vegeta
- Rosółki
- Ziarenka smaku
- Zioła
- Sól i pieprz

**Czy jadasz pieczywo tradycyjne (pszenne)?**

- Nie
- Czasami
- Tak, codziennie

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

- Nie
- Czasami
- Tak, często

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

- Nie
- Czasami
- Tak, często

**Czy jesz ryby?**

- Nie
- Czasami
- Tak, często

**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:

Czy jesteś pod stałą opieką lekarską?

- Nie  Tak

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 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 [www.najzdrowiej.com](http://www.najzdrowiej.com)