

Prosimy o rzetelne wypełnienie poniższej ankiety. Pomoże nam to skutecznie Ci pomóc i opracować właściwe zalecenia. Jeśli jakieś pytanie budzą Twoje wątpliwości i nie wiesz jak na nie odpowiedzieć, opuść je, porozmawiamy o nich podczas konsultacji.

.....
(Twoje imię i nazwisko)

INFORMACJE PODSTAWOWE

Wiek

Płeć

Aktualna masa ciała

Wzrost

Telefon/e-mail

Miejsce zamieszkania

CZĘŚĆ OGÓLNA, WYWIAD ZDROWOTNY, TWOJE NAWYKI I ZWYCZAJE

1. Jaki jest cel Twojej wizyty?

.....

2. Czy stosowałeś/eś kiedykolwiek ograniczenia żywieniowe/specjalne diety?

Tak

Nie

Jeśli TAK, jakie?

3. Czy aktualnie stosujesz specjalny sposób odżywiania?

Dieta wegetariańska

Dieta wegańska

Dieta bezglutenowa

Dieta bez laktozy

Dieta ketogeniczna

Inny (jaki?)

4. Czy w ostatnich 6 miesiącach odchudzałeś/eś się?

Tak

Nie

Jeśli TAK, ile udało się Ci schudnąć?

Jeśli NIE, prosimy przejść do **pytania 6**.

5. Czy po diecie odchudzającej wystąpił efekt jo-jo?

- Tak
- Nie

6. Jeśli chcesz *schudnąć/przytyć**, jaka jest Twoja wymarzona waga?

Jeśli czujesz się dobrze ze swoją wagą, to przejdź do następnego pytania.

7. Jak oceniasz swój stan zdrowia?

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Umiarkowanie
- Żle
- Bardzo źle

8. Czy aktualnie leczysz się z powodu którejś z poniższych chorób?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze | <input type="checkbox"/> Wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C |
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca typu I | <input type="checkbox"/> Kamica żółciowa |
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca typu II | <input type="checkbox"/> Marskość wątroby |
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca ciążowa | <input type="checkbox"/> Przewlekłe zapalenie trzustki |
| <input type="checkbox"/> Choroba wieńcowa | <input type="checkbox"/> Kamica nerkowa |
| <input type="checkbox"/> Miażdżycza | <input type="checkbox"/> Kłębuszkowe zapalenie nerek |
| <input type="checkbox"/> Choroba wrzodowa żołądka <i>lub/i*</i>
dwunastnicy | <input type="checkbox"/> Niewydolność nerek |
| <input type="checkbox"/> Zespół jelita drażliwego | <input type="checkbox"/> Dna moczanowa |
| <input type="checkbox"/> Wrzodziejące zapalenie jelita
grubego | <input type="checkbox"/> Zespół Policystycznych Jajników PCOS |
| <input type="checkbox"/> Choroba Leśniowskiego-Chrona | <input type="checkbox"/> Zespół Cushinga |
| <input type="checkbox"/> Nadczynność tarczycy | <input type="checkbox"/> Osteoporoza |
| <input type="checkbox"/> Niedoczynność tarczycy | <input type="checkbox"/> Anemia z niedoboru żelaza |
| <input type="checkbox"/> Choroba Gravesa Basedowa | <input type="checkbox"/> Anemia z niedoboru witaminy B12 |
| <input type="checkbox"/> Hashimoto | <input type="checkbox"/> Anemia z niedoboru kwasu foliowego |
| <input type="checkbox"/> Nowotwór, jaki? | <input type="checkbox"/> Choroby reumatyczne |
| <input type="checkbox"/> Inne choroby (wymień je): | <input type="checkbox"/> Reumatoidalne zapalenie stawów |
| <input type="checkbox"/> Nie choruję na żadną z powyższych chorób | |

9. Czy w Twojej najbliższej rodzinie (rodzice, dziadkowie, rodzeństwo) występowały choroby przewlekłe (np. nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, insulinooporność, miażdżyca), inne choroby krążenia (np. udar, zawał serca) lub nowotwory?

- Tak
- Nie

Jeśli TAK, jakie?

10. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przechodziłaś/eś zabiegi operacyjne w obrębie przewodu pokarmowego?

- Tak
- Nie

Jeśli TAK, jakie?

11. Czy cierpisz na alergie lub nietolerancje pokarmowe?

- Tak
- Nie

Jeśli TAK, jakie?

12. Czy ostatnio występują u Ciebie dolegliwości związane z przewodem pokarmowym (np. biegunki, zaparcia, wymioty, zgaga)?

- Tak
- Nie

Jeśli TAK, jakie?

13. Jak często się wypróżniasz?

- Rzadziej niż 3 razy w tygodniu
- 4-5 razy w tygodniu
- Raz dziennie
- 2-3 razy dziennie
- Więcej niż 3 razy dziennie

14. Czy przyjmujesz regularnie leki?

- Tak
- Nie

Jeśli TAK, jakie i jak często?

dokładniejsze informacje dot. przyjmowanych leków możesz zawrzeć w Dzienniczku Żywniowym, który znajdziesz na kolejnych stronach

15. Czy przyjmujesz suplementy diety?

- Tak
- Nie

Jeśli TAK, jakie i jak często?

dokładniejsze informacje dot. przyjmowanych suplementów możesz zawrzeć w Dzienniczku Żywnościowym, który znajdziesz na kolejnych stronach

16. Czy palisz papierosy?

- Tak
- Nie

Jeśli TAK, jak często?

- Kilka razy w miesiącu
- Kilka razy w tygodniu
- 1-5 dziennie
- 5-20 dziennie
- Powyżej 20 dziennie

17. Jak często spożywasz alkohol?

- Wcale
- Raz w miesiącu lub rzadziej
- Kilka razy w miesiącu
- Kilka razy w tygodniu
- Raz dziennie
- Częściej niż raz dziennie

18. Czy stosujesz inne używki?

- Tak
- Nie

Jeśli TAK, jakie i jak często?

19. Jak oceniasz swój poziom energii?



20. Czy regularnie uprawiasz aktywność fizyczną?

- Tak
- Nie

Jeśli NIE, to prosimy przejść do pytania 24.

21. Ile razy tygodniowo uprawiasz aktywność fizyczną?

.....

22. Jakie są to rodzaje aktywności?

- Pływanie
- Bieganie
- Fitness
- Siłownia
- Jazda na rowerze
- Inne

23. W jakich porach dnia/ godzinach najczęściej trenujesz?

.....

.....

24. Jaki rodzaj pracy wykonujesz?

- Siedząca
- Fizyczna
- Mieszana
- Nie pracuję
- Uczę się w szkole – podstawowej/liceum/technikum/innej*:
- Studiuję *dziennie/zaocznie**

25. W jakich godzinach najczęściej *pracujesz/uczysz się**?

26. O której godzinie wstajesz w tygodniu?

27. O której godzinie wstajesz w weekend i inne wolne dni?

28. O której godzinie idziesz spać w tygodniu?

29. O której godzinie idziesz spać w weekend i inne wolne dni?

30. Jeśli prowadzisz nieregularny tryb życia i wstajesz oraz kładziesz się spać o różnych porach, to

opisz to tutaj:

.....

.....

Jeśli odpowiedziałś/ęś już na pytania 26-29 to przejdź do pytania 31.

31. Jak oceniasz jakość swojego snu?



PYTANIA 32 – 33 SĄ PRZEZNACZONE DLA KOBIEC W CIĄŻY LUB KARMIAĄCYCH PIERSIĄ

32. Czy jesteś w ciąży lub w trakcie karmienia piersią?

- Cięża – I trymestr
- Cięża – II trymestr
- Cięża – III trymestr
- Karmienie piersią – pierwsze 6 miesięcy
- Karmienie piersią – powyżej 6 miesięcy

33. Czy to pierwsza ciąża?

- Tak
- Nie

PYTANIA 34 – 43 DOTYCZĄ DZIECI I MŁODZIEŻY (do 14 r.ż.) – PROSIMY ABY ODPOWIEDZIELI NA NIE RODZICE LUB OPIEKUNOWIE, KTÓRZY OPIEKOWALI SIĘ DZIECKIEM W PIERWSZYCH LATACH ŻYCIA

34. Czy dziecko urodziło się w terminie?

- Tak
- Nie

Jeśli **NIE**, to w którym tygodniu ciąży doszło do porodu?.....

35. Czy dziecko było karmione piersią?

- Tak
- Nie

Jeśli **TAK**, to jak długo?

36. Czy w pierwszych miesiącach życia stosowano suplementację wit. D₃?

- Tak
- Nie

Jeśli **TAK**, to jak długo?

37. Kiedy zaczęto rozszerzać dietę dziecka (podawać pierwsze stałe produkty/posiłki)? W którym miesiącu życia?

38. Czy w trakcie rozszerzania diety pojawiły się jakieś problemy?

- Tak
- Nie

Jeśli **TAK**, to jakie?

.....

.....

39. Czy u dziecka w pierwszych latach życia pojawiła się neofobia?

Neofobia to zjawisko występujące często u dzieci pomiędzy 2 a 5 rokiem życia. Objawia się niechęcią do spożywania nieznanymi produktów i potraw – bez ich wcześniejszego spróbowania, ale też unikania tych znanych.

- Tak
- Nie

Jeśli NIE, to prosimy przejść do pytania 41.

40. Jak objawiała się neofobia u dziecka? Jakie produkty i potrawy były wykluczane?

.....

.....

.....

41. Czy dziecko od początku jadło to samo co reszta rodziny? Czy gotowano dla niego oddzielnie?

- Cała rodzina jadła to samo – posiłki dla dziecka były delikatnie modyfikowane
- Dziecko dostawało inne potrawy niż reszta rodziny – gotowano dla niego osobno
- Dziecko jadło gotowe potrawy dla niemowląt i małych dzieci (kaszki, słoiczki itp.)

42. Czy dziecko jadło posiłki razem z resztą rodziny?

- Tak
- Nie

43. Jak obecnie wyglądają posiłki, czy są spożywane wspólnie?

- Tak – wszystkie posiłki jemy wspólnie
- Wtedy, gdy to jest możliwe – co najmniej 1 posiłek dziennie
- Nie – każdy z domowników je posiłki w dogodnym dla siebie czasie

WYWIAD ŻYWIENIOWY

44. Ile posiłków dziennie spożywasz**?

45. Czy podjadasz między posiłkami**?

Tak

Nie

Jeśli TAK, to co to jest najczęściej?

*** posiłki to nie tylko śniadanie, obiad, czy kolacja, to także II śniadanie i podwieczerek, natomiast podjadanie to np. zjedzonego w biegu batonika, owocu, paczka zjedzonego w pracy, paczki chipsów przekąszonych do filmu lub podczas spaceru, czy kabanosa, po którego sięgacz pomiędzy posiłkami*

46. Jak często jesz słodycze***?

**** słodycze to wszelkiego rodzaju słodkie przekąski jak np. ciastka, słodkie bułki, babeczki, ciasta, cukierki, lizaki, żelki, batoniki, czekolady, czekoladki, orzechy w czekoladzie, chatwa*

Jakie słodycze najczęściej?

.....

47. Jak często jesz słone przekąski****?

***** słone przekąski to np. chipsy, chrupki, popcorn, krakersy i inne słone ciastka, paluszki, precelki, tacos, nachosy, solone orzeszki i w różnych panierkach*

Jakie najczęściej?

.....

48. Ile płynów dziennie wypijasz?

Mniej niż 1 litr

1-1,5 litra

Powyżej 1,5 litra

49. Co najczęściej pijesz?

Wodę mineralną

– ile dziennie? – litra/ów

Soki

– ile dziennie? – litra/ów

Kawę

– ile dziennie? – litra/ów

Herbatę

– ile dziennie? – litra/ów

Słodzone napoje gazowane

– ile dziennie? – litra/ów

Słodzone napoje niegazowane

– ile dziennie? – litra/ów

Napoje energetyczne

– ile dziennie? – litra/ów

Inne: – ile dziennie? – litra/ów

50. Jak często pijesz kawę?

- Nie piję kawy
- Kilka razy w miesiącu lub rzadziej
- Kilka razy w tygodniu
- 1-2 razy dziennie
- 3-5 razy dziennie
- 6 i więcej dziennie

51. Czy słodzisz napoje?

- Tak
- Nie

Jeśli TAK, to czym? – cukier/ miód/ słodzik - jaki?/ syrop z agawy
cukier kokosowy/ melasa/ syrop klonowy/ inny*:
i jak często?

52. Jakie pieczywo najczęściej spożywasz? (np. pszenne/białe/jasne, żytnie, pszenno-żytnie,
pełnoziarniste, wieloziarniste, owsiane, orkiszowe, gryczane, bezglutenowe)

.....
.....

53. Czym smarujesz pieczywo? (np. masło, margaryna miękka, smalec, pesto, pasty warzywne,
serki kanapkowe, pasztet)

54. Jak często jesz warzywa?

- 4-5 razy dziennie lub częściej
- 2-3 razy dziennie
- 1 raz dziennie lub rzadziej

Jakie są Twoje ulubione warzywa?
.....
.....

55. Jak często jesz nasiona roślin strączkowych (np. fasolę, groch, soczewicę, ciecierzycę, bób) lub
ich przetwory (np. hummus, tofu, tempeh, kotlety sojowe)?

- Nie jem ich - *nie lubię/czuję się po nich źle/nie mam czasu ich przygotowywać**
- Kilka razy w miesiącu lub rzadziej
- Kilka razy w tygodniu
- Przynajmniej 1 raz dziennie

Jakie są Twoje ulubione?

.....

56. Jak często jesz owoce?

- 4-5 razy dziennie
- 2-3 razy dziennie
- 1 raz dziennie lub rzadziej

Jakie są Twoje ulubione owoce?

.....

.....

57. Jak często jesz kasze, ryż, płatki zbożowe (niesłodzone np. owsiane, żytnie), otręby?

- Nie jem ich - *nie lubię/czuję się po nich źle/nie mam czasu ich przygotowywać**
- Kilka razy w miesiącu lub rzadziej
- Kilka razy w tygodniu
- Przynajmniej 1-2 razy dziennie

Jakie lubisz najbardziej? (podaj proszę konkretne przykłady np. płatki żytnie, kasza gryczana, ryż brązowy, kasza jagłana, kasza jęczmienna pęczak, kuskus pełnoziarnisty)

.....

.....

58. Jak często jesz produkty mączne/skrobiowe (np. makarony, kluski, pierogi, naleśniki, ziemniaki)?

- Nie jem ich - *nie lubię/czuję się po nich źle/nie mam czasu ich przygotowywać**
- Kilka razy w miesiącu lub rzadziej
- Kilka razy w tygodniu
- Przynajmniej 1-2 razy dziennie

Jakie lubisz najbardziej?

.....

59. Jak często jesz nabiał (np. mleko, sery i serki, jogurt, kefir, maślanka, mleko zsiadłe, śmietana)?

- Nie jem - *nie lubię/czuję się po nich źle**
- Kilka razy w miesiącu lub rzadziej
- Kilka razy w tygodniu
- Przynajmniej 1-2 razy dziennie

Jakie lubisz najbardziej?

.....

.....

JEŚLI NIE JESZ MIĘSA I RYB, TO MOŻESZ PRZEJŚĆ OD RAZU DO PYTANIA 65

60. Jak często jesz mięso i jego przetwory (np. mięso gotowane, pieczone, smażone, wędliny, kiełbasy, pasztety)?

- Nie jem ich - *nie lubię/czuję się po nich źle**
- Kilka razy w miesiącu lub rzadziej
- Kilka razy w tygodniu
- 1 raz dziennie
- 2 lub więcej razy dziennie

Jakie rodzaje mięs lubisz najbardziej (np. kurczaka, wieprzowinę, indyka, wołowinę)?

.....

.....

.....

61. Jak często jesz wędliny i inne przetwory mięsne (np. szynki, parówki, kiełbasy, pasztety, konserwy, kabanosy)?

- Nie jem ich - *nie lubię/czuję się po nich źle**
- Kilka razy w miesiącu lub rzadziej
- Kilka razy w tygodniu
- 1 raz dziennie
- 2 lub więcej razy dziennie

Co lubisz najbardziej?

.....

.....

62. Jak często jesz ryby (np. pieczone, gotowane, smażone, grillowane)?

- Nie jem ich - *nie lubię/czuję się po nich źle**
- Kilka razy w miesiącu lub rzadziej
- Kilka razy w tygodniu
- 1 raz dziennie
- 2 lub więcej razy dziennie

Jakie rodzaje ryb lubisz najbardziej (morskie, słodkowodne, możesz wymienić też

konkretne gatunki np. łosoś, dorsz, karp, węgorz, śledź, leszcz)?

.....
.....

63. Jak często jesz przetwory rybne (np. ryby wędzone, konserwy, pasztety, kiełbasy, ryby w zalewie, ryby suszone)?

- Nie jem ich - *nie lubię/czuję się po nich źle**
- Kilka razy w miesiącu lub rzadziej
- Kilka razy w tygodniu
- 1 raz dziennie
- 2 lub więcej razy dziennie

Co lubisz najbardziej?

.....
.....

64. Czy jesz mięso i ryby w panierce?

- Tak
- Nie

65. Jakich przypraw używasz najczęściej?

.....

66. Jak często jesz kiszonki (kiszzone warzywa, owoce, grzyby)?

- Nie jem ich - *nie lubię/czuję się po nich źle**
- Kilka razy w miesiącu lub rzadziej
- Kilka razy w tygodniu
- 1 raz dziennie
- 2 lub więcej razy dziennie

Co lubisz najbardziej?

.....

67. Jakich produktów **nie lubisz i nie jesteś ich w stanie tolerować** w swoim jadłospisie?

.....

.....

.....

.....

68. Czy są potrawy/produkty po których **czujesz się źle**?

- Tak
- Nie

Jeśli TAK, jakie?

.....

.....

69. Jakie produkty lub grupy produktów (np. nabiał, mięso, ryby, pieczywo, warzywa, owoce, słodczyce, słone przekąski itp.) **lubisz**?

.....

.....

.....

.....

70. Czy przygotowujesz posiłki samodzielnie?

- Tak
- Nie

Jeśli NIE, to kto się tym zajmuje?

Jeśli NIE, to prosimy przejść do **pytania 72**.

71. Ile czasu możesz poświęcić dziennie na przygotowywanie posiłków?

- Więcej niż 2 godziny
- 1,5 – 2 godziny
- 0,5 – 1,5 godziny
- Mniej niż 0,5 godziny

72. Czy masz możliwość podgrzania posiłków w pracy/szkole?

- Tak
- Nie

73. Jakie sposoby gotowania lubisz najbardziej?

- Smażenie
- Smażenie w głębokim tłuszczu
- Pieczenie
- Duszenie
- Gotowanie w wodzie
- Gotowanie na parze

- Grillowanie
- Inny**

74. Czy często jesz gotowe posiłki kupowane w sklepie spożywczym, na stacji benzynowej itp.?*****

Jakie najczęściej?

***** pytanie dot. gotowych posiłków, które wystarczy rozpakować, ewentualnie podgrzać np. gotowych kanapek, wrapów, sałatek, przetworów mącznych (pierogi, kluski, naleśniki, placki, krokiety itp.), mrożonek (pizza, frytki, zapiekanki itp.), dań w słoikach (gulasze, gołąbki, leczo itp.), posiłki typu instant (zupki „chińskie” itp.)

75. Jak często jesz poza domem?*****

***** pytanie dot. posiłków przygotowywanych i spożywanych poza domem np. posiłki z restauracji, baru, fast foody kupowane na stacji benzynowej, posiłki w szkole, w miejscu pracy

DZIENNICZEK ŻYWIENIOWY

Dzienniczek, którego stałeś/aś się posiadaczem/ką, będzie podstawą do oceny codziennej diety. Na podstawie uzyskanego zapisu będziemy mogli pomóc w wyeliminowaniu błędów żywieniowych, które być może popełniasz. Prosimy o dokładne i rzetelne wypełnianie rubryk, gdyż tylko dzięki temu będzie można dokładnie przeanalizować Twój sposób żywienia.

Aby ułatwić poprawne wypełnianie dzienniczka prosimy, o przestrzeganie następujących wskazówek:

1. W kolumnie godzina należy zapisać czas poszczególnych posiłków. Jeśli jakiś posiłek został pominięty lub go nie spożywasz, to zostaw pustą rubrykę.
2. W kolumnie produkty/potrawy należy wymienić wszystkie produkty spożywcze lub potrawy spożywane w trakcie określonego posiłku, precyzując przy tym rodzaj produktu, np.:
 - pieczywo – chleb (biały/pszenny, razowy, tostowy itp.), bułka (kajzerka, grahamka itp), bagietka, pieczywo chrupkie (rodzaj)
 - produkty zbożowe – kasza (gryczana, jaglana, jęczmienna perłowa itp.), ryż (biały, brązowy, dziki, czerwony itp.), płatki zbożowe (owsiane, żytnie itp.), otręby, płatki zbożowe słodzone, granola
 - mięso i ryby – wołowina (polędwica, szponder, antrykot itp.), wieprzowina (schab, karkówka, szynka itp.), drób (pierś, udko itp.), królik, konina, kaczka (pierś itp.), ryby (jaki gatunek?)
 - nabiał (wskaż zawartość tłuszczu) – mleko (0,5%, 2%, 3,2 % itp.), śmietana (12%, 30% itp.), jogurt (naturalny, smakowy – jaki?), ser (jaki rodzaj? – twaróg [chudy, półtłusty, tłusty, śmietankowy itp.], pleśniowy, żółty itp.)
 - rodzaj użytego tłuszczu – 2 łyżki oliwy z oliwek, ½ kostki smalcu, masło (do posmarowania kanapki) itp.
 - owoce i warzywa – jakie?
 - słodkie (jaki rodzaj?) – batonik snickers, kawałek szarlotki, torebka żelek (ile g?) itp.
 - napoje – woda, kawa z mlekiem i cukrem, szklanka coca coli itp.
 - **sposób przyrządzenia potrawy** – smażone, gotowane, duszone, grillowane itp.
 - **części składowe potraw** – surówka z: marchewki, jabłka i oliwy z oliwek, zapiekanka z makaronu, mięsa mielonego i grzybów leśnych, pierogi z kapustą i grzybami, pizza z salami i pieczarkami itp.
3. W kolumnie masa lub miara domowa należy wpisać wielkość porcji poszczególnych produktów i/lub potraw, wyrażone w gramach lub miarach domowych (łyżka, garść, kromka, plaster, szklanka itp.).
4. Należy wpisywać wszystkie produkty/potrawy nawet jeśli były spożywane w małych ilościach.
5. Prosimy uwzględnić wszystkie przyjmowane suplementy oraz leki wraz z ich ilością i dokładną nazwą.
6. Prosimy uwzględnić również wszystkie napoje, płyny spożywane w ciągu dnia.

DZIEŃ I		
GODZINY	PRODUKTY I POTRAWY <i>sposób przygotowania</i>	MASA MIARY DOMOWE
ŚNIADANIE		
II ŚNIADANIE		
OBIAD		
PODWIECZOREK		
KOLACJA		
PRZEKĄSKI		
SPOŻYTE PŁYNY		
LEKI I SUPLEMENTY		

DZIEŃ II		
GODZINY	PRODUKTY I POTRAWY <i>sposób przygotowania</i>	MASA MIARY DOMOWE
ŚNIADANIE		
II ŚNIADANIE		
OBIAD		
PODWIECZOREK		
KOLACJA		
PRZEKĄSKI		
SPOŻYTE PŁYNY		
LEKI I SUPLEMENTY		

DZIEŃ III		
GODZINY	PRODUKTY I POTRAWY <i>sposób przygotowania</i>	MASA MIARY DOMOWE
ŚNIADANIE		
II ŚNIADANIE		
OBIAD		
PODWIECZOREK		
KOLACJA		
PRZEKĄSKI		
SPOŻYTE PŁYNY		
LEKI I SUPLEMENTY		