**Wywiad żywieniowo - zdrowotny**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Imię i Nazwisko |  |
| 2 | Adres email/tel. |  |
| 3 | Wiek |  |
| 4 | Wzrost i masa ciała |  |
| 5 | Obwód brzucha |  |
| 6 | Obwód bioder |  |
| 7 | Obwód uda |  |
| 8 | Obwód w talii |  |
| 9 | Ile posiłków dziennie Pani/Pan spożywa? O jakich godzinach? |  |
| 10 | Zawód |  |
| 11 | Godziny pracy/nauki? |  |
| 12 | Czy uprawia Pani /Pan regularnie sport? Jeśli tak to jaki i ile razy w tygodniu? |  |
| 13 | Jak często spożywa Pani/Pan słodycze. W jakich ilościach? |  |
| 14 | Czy podjada Pani/Pan miedzy posiłkami? Jeśli tak to jak często? |  |
| 15 | Jakie płyny Pani/Pan wypija i w jakich ilościach dziennie? |  |
| 16 | Jakie są Pani/Pana ulubione potrawy/produkty spożywcze? |  |
| 17 | Jakich potraw/produktów spożywczych Pani/Pana nie lubi? |  |
| 18 | Jakie owoce Pani/Pan spożywa i ile razy dziennie? |  |
| 19 | Jakie warzywa Pani/Pan spożywa i ile razy dziennie? |  |
| 20 | Jakie produkty mleczne Pani/Pan spożywa? Jak często? |  |
| 21 | Jakie pieczywo Pan/Pani spożywa? |  |
| 22 | Czym smaruje Pan/Pani pieczywo? |  |
| 23 | Kto w Pani/Pana rodzinie gotuje? |  |
| 24 | Najczęściej spożywane rodzaje mięsa? Jak jest przyrządzane? (gotowanie, pieczenie, smażenie, grillowanie, na parze) |  |
| 25 | Stosowane używki: papierosy, alkohol, kawa, mocna herbata?Ile dziennie? |  |
| 26 | Kiedy ma Pan/Pani największą ochotę na jedzenie? |  |
| 27 | Od kiedy ma Pani/Pan nadwagę? |  |
| 28 | Jaka była Pani/Pana najniższa i najwyższa waga? Kiedy to było? |  |
| 29 | Czy stosowała Pani/Pan jakieś diety? Z jakim skutkiem? |  |
| 30 | Kiedy uczucie głodu było największe? |  |
| 31 | Ile chciałby Pan/Pani ważyć |  |
| 32 | Jakie choroby Pani/Pan przebyła? |  |
| 33 | Na jakie choroby Pani/Pan choruje? |  |
| 34 | Ile razy dziennie się Pani/Pan wypróżnia? |  |
| 35 | Czy jakieś produkty wywołują dolegliwości? Czy miała Pani/Pan robione badania w tym kierunku? |  |
| 36 | Jakie leki/suplementy Pani/Pan przyjmuje? |  |
| 37 | Wyniki badań |  |