



Ośrodek Certyfikowany

Imię Nazwisko/wiel	
E-mail/ Telefon	
Najbardziej niepokojące problemy, objawy:	
Leczone jednostki chorobowe:	

Tabela I – Suplementacja.

Tabela II – Nawyki żywieniowe i aktywność fizyczna. Proszę określić swoje odczucia	
Stan odżywienia: czy odczuwana jest nadmierna sytości po posiłku, czy jest Pan/Pani głodna po posiłkach itp.	
Nawyki żywieniowe: czy posiłki są spożywane w pośpiechu czy spokojnie, czy jedzone są pod wpływem emocji, stresu itp.	

LECZENIE DIETETYCZNE - ANKIETA WSTĘPNA

Czy występują , a jeśli tak to jakie alergię/nietolerancje pokarmowe?	
Rodzaj aktywności ich czasu intensywność i systematyczność.	
Proszę określić jakość i długość snu	
Godziny pracy zawodowej	
Jaki produkty z grupy - białka występują w Pana/Pani żywieniu?	
Jaki produkty z grupy – węglowodany (cukry) występują w Pana/Pani żywieniu?	
Jaki produkty z grupy - tłuszcze występują w Pana/Pani żywieniu?	
Podjadanie – jakie produkty jak często w ciągu dnia/tygodnia.	
Nawadnianie – jakie płyny jakich ilościach w ciągu dnia/tygodnia	
Porcja to – garść. Ile porcji warzyw, a ile owoców Pan/Pani zjada w ciągu dnia?	
Proszę podać jakie używki z jaką częstotliwością występują u Pana/Pani.	
Czy był Pan/Pani już kiedyś na diecie? Czy były próby zmiany nawyków żywieniowych? Proszę podać przykłady.	

LECZENIE DIETETYCZNE - ANKIETA WSTĘPNA

Jakie są przyczyny
niepowodzeń w zmianach
nawyków żywieniowych oraz
zmian w stylu życia?