**Kwestionariusz żywieniowy** – proszę wypełnić czerwonym kolorem i odesłać na [kontakt@feldmannutrition.pl](mailto:kontakt@feldmannutrition.pl) wraz z dzienniczkiem żywieniowym oraz wynikami badań.

Imię i nazwisko:

Wzrost:

Masa ciała:

Godziny pracy/poza domem:

Poniedziałek: .............................. Wtorek: ........................ Środa: .................................. Czwartek: ................................. Piątek: ..............................

Sobota: ...................................................... Niedziela: .........................................................

Czym dojeżdża Pan / Pani do pracy ? ( auto, tramwaj, rower, pieszo)

Tryb życia :

Rodzaj pracy ( fizyczna, umysłowa ) ?

Czy przebył/a Pani/Pan ostatnio zabieg operacyjny, lub chorobę przewlekłą?

Czy w Pani/Pana rodzinie występują jakieś choroby? Jeżeli tak – proszę wymienić :

Czy przyjmuje Pan/Pani leki farmaceutyczne na stałe ? Proszę podać nazwy oraz dawki przyjmowanych leków oraz okres od kiedy są przyjmowane :

Czy przyjmuje Pan / Pani suplementy diety na stałe? Proszę podać nazwy, marki oraz dawki przyjmowanych suplementów oraz okres od kiedy są przyjmowane :

Czy był/była Pan/Pani narodzona drogą naturalną czy cesarskiego cięcia:

Czy był/była Pan/Pani karmiony naturalnie mlekiem matki?

Czy przeszła/przeszedł Pani/Pan dużo antybiotykoterapii?

Czy ma Pan/Pani plomby rtęciowe? (Srebrne) Od kiedy?

Czy ma Pan/Pani tatuaże? Od kiedy?

Ile razy dziennie się Pan/Pani wypróżnia?

Jak ocenia Pan/Pani swoją jakość snu w skali 1 do 10 (1 bardzo mała, 10 bardzo duża) :

Jak długo Pan/pani śpi w ciągu doby i w jakich godzinach najczęściej:

Czym ma Pan/Pani jakieś alergie pokarmowe? Jeżeli tak proszę załączyć wyniki badań do kwestionariusza:

\* miażdżycę lub wysoki poziom cholesterolu we krwi? .....................................................

\* nadciśnienie lub za niskie ciśnienie? .................................................................................

\* choroby serca? ........................................... \* choroby nerek? .........................................

\* nadczynność/niedoczynność tarczycy? ............................................................................

\* choroby przewodu pokarmowego? (wrzody/biegunki/wzdęcia/zaparcia/helicobacter pylori/wrzody itp.) ....................

\* refluks? ...............................................................................................................................

\* nowotwory? .......................................................................................................................

\* osteoporozę? .......................................................................................................................

\* problemy na tle hormonalnym? .......................................................................................

\* problemy na tle skórnym? ................................................................................................

Kiedy ostatnio robił/a Pan/Pani badania krwi?

Jak ocenia Pan/Pani swoją odporność na stres w skali 1 do 10 (1 bardzo mała, 10 bardzo duża) :

Czy posiada Pan/Pani problemy z nieprawidłową masą ciała? Jeżeli tak proszę napisać kiedy się pojawiły :

Czy miał/a Pan/Pani problemy z nadwagą w dzieciństwie?

Czy występowały jakieś problemy z nadwagą lub otyłością w rodzinie?

Czy stosował Pani już jakieś diety? ( wymienić nazwy, lub opisać diety)

Jakie pokarmy lubi Pan / Pani spożywać?

Jakich pokarmów Pan / Pani unika w swojej diecie?

Kiedy ma Pan/Pani największą ochotę na jedzenie?

Co jadała / jadał Pani/Pan w dzieciństwie?

Preferowane smaki? słony/słodki /ostry/ziołowy? Inny?

Ile posiłków dziennie zwyczajowo Pan/Pani zjada?

Proszę wymienić produkty lub posiłki, po których nie czuje się Pan/Pani dobrze:

Czy korzysta Pan/Pani z mikrofalówki:

Czy posiłki są urozmaicone, czy powtarzają się?

Czy zjada Pani/Pan ryby i owoce morza 3 razy w tygodniu?

Czy zjada Pan/Pani codziennie produkty pełnoziarniste?

Czy spożywa Pan/Pani nabiał ? Jeżeli tak – w jakiej postaci:

Czy jada Pan/Pani produkty wysokotłuszczowe?

Jakich tłuszczy używa Pan/Pani do smażenia potraw?

Czy jada Pan/Pani czerwone mięso?

W jaki sposób mięso jest przygotowywane?

Najczęściej spożywane węglowodany to: kasze, ryże, makarony, kluski, pierogi, mąkę pszenną, pieczywo, słodycze, ciasta, ciastka, cukier, miód, owoce, warzywa ( proszę zaznaczyć czerwonym kolorem najczęściej spożywane )

Jakie techniki kulinarne stosuje Pan/Pani do przygotowywania potraw? Duszenie? ...... Grillowanie? .......... Gotowanie? ............... Pieczenie? ................. Smażenie? ................ ( proszę zaznaczyć czerwonym kolorem najczęściej spożywane )

Czy jada Pan/Pani dwudaniowy obiad?

Jaka atmosfera towarzyszy przy jedzeniu? Stres? ....... Pośpiech? ........... Relaks? ..........

Czy jada Pan/Pani słodycze, czy inne niezdrowe przekąski? Jak często?

Czy zdarza się, że podjada Pan/Pani w nocy? Między posiłkami?

Czy ma Pan/Pani czas na przygotowywanie posiłków (do pracy/szkoły)?

Czy jada Pan/Pani na mieście? Fast foody?

Ile l płynów pije Pan/Pani dziennie? ................ Czego? ...................................................

Ile Kawy wypija Pan / Pani w ciągu dnia? z mlekiem? .......... Ilu procentowym? ............. Słodzona? ......... Czym ….. ? Ile….. ?

Woda - ile? jaka?

Herbata? Słodzona? Czym? ................ Ile? .................. Z sokiem?..............

Z miodem? ................. Jaka? ............................................ Z cytryną? .............................

Napoje gazowane? ...............................................................................................................

Czy zdarza się Panu/Pani omijać lub zapominać o jakimś posiłku? .................................

Odstępy między posiłkami? Jak długie? ..................................

Ile godzin przed snem zjada Pan/Pani ostatni posiłek? .....................................................

Czym przyprawia/dosala Pan/Pani potrawy? .......................................................................

Kiedy przychodzi największa ochota na jedzenie? ..............................................................

Czy po zjedzonym posiłku czuje się Pan/Pani syta? ...........................................................

Czy zwraca Pan/Pani uwagę na kaloryczność potraw? ....................................................

Czy pali Pan/Pani? ...............................................................................................................

Czy pije Pan/Pani alkohol? ..... Jak często? ................. Jaki rodzaj? .............. Ile? ..........

Czy regularnie się Pan/Pani wypróżnia? ............................................................................

Cele do osiągnięcia:

Poprawić masę ciała / poprawa wyników / utrzymać wagę / poprawić energię / poprawić zdrowie / ( proszę zaznaczyć czerwonym kolorem najczęściej spożywane )

Czy jest Pan/Pani zadowolony/zadowolona ze swojej aktualnej masy ciała:

Jaką masę ciała chciałby/aby Pan/Pani osiągnąć?

Czy miewa Pan/Pani wahania masy ciała?

Proszę podać najniższą oraz najwyższą masę ciała jaką Pan/Pani odnotowała :

Proszę podać pełny harmonogram treningowy z uwzględnieniem ilości treningów w tygodniu, typu i czasu trwania jednostki treningowej:

*Wzór:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Trening nr 1 | Trening nr 2 | Trening nr 3 |
| Poniedziałek | Godz 10.00 – godzinny bieg w zakresie HR do 160 | - | 19.00 – kickboxing; technika + sesja sparingowa w sumie 90 min. |
| Wtorek |  |  |  |
| Środa |  |  |  |
| Czwartek |  |  |  |
| Piątek |  |  |  |
| Sobota |  |  |  |
| Niedziela |  |  |  |