 **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 Pani / Pan do pracy? ( auto, tramwaj, rower, pieszo) ......................................

Tryb życia - jak ocenia Pani / Pan swoją aktywność w ciągu dnia w skali od 1 do 10 (1 bardzo niska aktywność, 10 bardzo wysoka aktywność): ......................................

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

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

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

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

Czy przeszła/przeszedł Pani / Pan w życiu dużo antybiotykoterapii?

Ile w ciągu ostatniego roku? ......................................

Czy ma Pani / Pan tatuaże? Ile i od kiedy? ......................................

Ile razy dziennie się Pani / Pan wypróżnia? ......................................

Czy wypróżnienia są regularne? ......................................

Czy zdarzają się Pani / Panu dolegliwości pokarmowe takie jak biegunki / zaparcia / wzdęcia? ......................................

Jakie i jak często się zdarzają? ......................................

Jak ocenia Pani / Pan swoją jakość snu w skali od 1 do 10 (1 bardzo zła, 10 bardzo dobra): .......................................

Jak długo Pani / Pan śpi w ciągu doby i w jakich godzinach najczęściej? ..........................

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

Czy choruje Pani / Pan na:

* Miażdżycę lub wysoki poziom cholesterolu we krwi? .................................
* Nadciśnienie lub za niskie ciśnienie? .........................................................
* Choroby serca? ............................................………………………………...
* Choroby nerek? ..........................................................................................
* Nadczynność/niedoczynność tarczycy? .....................................................
* Choroby układ u pokarmowego?.................................................................
* Refluks? ......................................................................................................
* Nowotwory? ................................................................................................
* Osteoporozę? .............................................................................................
* Problemy na tle hormonalnym? ..................................................................
* Problemy na tle skórnym? ..........................................................................

Kiedy ostatnio robił/a Pani / Pan badania krwi? ..........................

Jak ocenia Pani / Pan swoją odporność na stres w skali od 1 do 10 (1 bardzo zła, 10 bardzo dobra): ..........................

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

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

Czy występowały jakieś problemy z nadwagą lub otyłością w rodzinie? ..........................

Czy stosował/a Pani / Pan już jakieś diety? ( wymienić nazwy, lub opisać diety) ..........................

Jakie pokarmy lubi Pani / Pan spożywać? ………………………………….….……

Jakich pokarmów Pani / Pan unika w swojej diecie? ……………………………….

Kiedy ma Pani / Pan największą ochotę na jedzenie? ………………………………

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

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

Co jadał/a Pani / Pan najczęściej w dzieciństwie? ..................................................

Preferowane smaki? Słony / słodki / ostry / ziołowy? Inny? ....................................

Ile posiłków dziennie zwyczajowo Pani / Pan zjada? .............................................

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

Czy korzysta Pani / Pan z mikrofalówki .................................................................

Czy posiłki są urozmaicone, czy powtarzają się? ....................................................

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

Czy zjada Pani / Pan codziennie produkty pełnoziarniste? ....................................................

Czy spożywa Pani / Pan produkty mleczne ? Jeżeli tak – w jakiej postaci? ....................................................

Czy jada Pani / Pan produkty wysokotłuszczowe? .................................................... Jakie najczęściej? ..........................

Jakich tłuszczy używa Pani / Pan do smażenia potraw? ............................................

Czy jada Pani / Pan czerwone mięso? W jakiej ilości? ...............................................

W jaki sposób mięso jest przygotowywane? ....................................................

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

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

Czy jada Pani / Pan dwudaniowy obiad? ....................................................

Jaka atmosfera towarzyszy przy jedzeniu? Stres? ....... Pośpiech? ........... Relaks? .......... (proszę zaznaczyć **czerwonym kolorem**) ....................................................

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

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

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

Czy jada Pani / Pan na mieście? Fast foody? ....................................................

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

Ile litrów wody? .............. Jaka woda? (źródlana/mineralna/ z kranu/filtrowana) ..........................

Ile kawy wypija Pani / Pan w ciągu dnia? .......................... Jaką kawę Pani / Pan pije? (rozpuszczalna/espresso/przelewowa itp.) .......................... Z mlekiem? .......................... Ilu procentowym? .......................... Słodzona? .......................... Czym ..........................? Ile… .......................... ?

Ile herbaty wypija Pani / Pan w ciągu dnia? Jaką herbatę Pani / Pan pije?

Słodzona? Czym? ................ Ile łyżek? .................. Z cytryną? .............................

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

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

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

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

Czy soli Pani / Pan potrawy? ................... Ile gram soli dziennie Pani / Pan dodaje? ....................................................

Czy używa Pani / Pan przypraw? ....................... Jakich? ........................................

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

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

Cele do osiągnięcia:

Zredukować masę ciała / nabrać masy mięśniowej / zredukować tkankę tłuszczową / poprawić wyniki sportowe / utrzymać masę ciała / poprawić energię / poprawić zdrowie (proszę zaznaczyć czerwonym kolorem).

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

Jaką masę ciała chciałaby / chciałby Pani / Pan osiągnąć? ....................................................

Czy miewa Pani / Pan wahania masy ciała? ....................................................

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

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

 **Wzór**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dzień tygodnia** | **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** |  |  |  |