**Imię i nazwisko:**

**Adres korespondencyjny:**

1. Ile masz wzrostu?

2. Ile ważysz?

3. Jaki jest cel diety? Ile chciał/abyś ważyć?

4. Ile masz lat?

5. Kiedy ostatnio robiłeś/aś badania krwi i moczu?

6. Czy masz alergie/nietolerancje pokarmowe? Jakie?

7. Czy jesteś na coś chory/a? Bierzesz regularnie lekarstwa? Jakie?

8. O której wstajesz? O której chodzisz spać?

9. Ile czasu spędzasz dziennie na świeżym powietrzu?

10. Pracujesz? Fizycznie czy umysłowo?

11. Uprawiasz sport? Jaki? Ile razy (w tygodniu)?

12. Jak teraz wygląda Twój dzienny jadłospis? Uzupełnij tabelę z 3 dni. Zapisuj wszystko, co zjadłeś/aś. Porcje podawaj orientacyjnie (np. łyżka, miska, garść).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Dzień 1** | **O której?** | **Co?** | **Ilę?** | **Napoje** |
| I | **Śniadanie** |  |  |  |  |
| II | **Drugie śniadanie** |  |  |  |  |
| III | **Obiad** |  |  |  |  |
| IV | **Przekąski** |  |  |  |  |
| V | **Kolacja** |  |  |  |  |
| VI | **Dodatkowo** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Dzień 2** | **O której?** | **Co?** | **Ilę?** | **Napoje** |
| I | **Śniadanie** |  |  |  |  |
| II | **Drugie śniadanie** |  |  |  |  |
| III | **Obiad** |  |  |  |  |
| IV | **Przekąski** |  |  |  |  |
| V | **Kolacja** |  |  |  |  |
| VI | **Dodatkowo** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Dzień 3** | **O której?** | **Co?** | **Ilę?** | **Napoje** |
| I | **Śniadanie** |  |  |  |  |
| II | **Drugie śniadanie** |  |  |  |  |
| III | **Obiad** |  |  |  |  |
| IV | **Przekąski** |  |  |  |  |
| V | **Kolacja** |  |  |  |  |
| VI | **Dodatkowo** |  |  |  |  |

13. Jakie są Twoje ulubione dania/produkty?

14. Jakie są Twoje znienawidzone produkty/dania?

15. Jak często gotujesz?

16. Ile wypijasz alkoholu (w tygodniu)?

17. Ile wydajesz na zakup jedzenia (w tygodniu)?

18. W jakich sklepach/supermarketach robisz zakupy?