**WYWIAD OGÓLNY**

1. Imię i nazwisko:
2. Data urodzenia:
3. Tel kontaktowy:
4. Email do wysłania diety i/lub kontaktu:

Udostępniony przez Państwa email będzie służył jedynie do przesłania diety, kontaktu z Państwem, przesłania informacji odnośnie pomiarów i wizyt kontrolnych. Zgodnie z ustawa z dn. 18.07.2002r. (Dz.U. nr 144, poz.1204) o Świadczeniu usług drogą elektroniczną, wyrażam zgodą na otrzymywanie powyższych informacji na mojego emaila. Jednocześnie zapewniamy, że Twój adres email nie zostanie udostępniony bądź odsprzedany osobom trzecim.

|  |  |
| --- | --- |
| Występowanie chorób w najbliższej rodzinie tj. Rodzice, rodzeństwo  | *Tu wpisz jakie* |
| Występowanie chorób potwierdzonych diagnozą lekarską | *Tu wpisz jakie* |
| Czy masz jakieś dolegliwość zdrowotne odczuwalne przez siebie ale nie potwierdzone diagnozą lekarską | *Tu wpisz jakie* |
| Przyjmowane leki oraz suplementy np. witaminy  | *Tu wpisz jakie i w jakich dawkach* |
| Które z nawyków i jak często pojawiają się w Twojej codziennej diecie 1. Słodycze i słodkie przekąski
2. Słone przekąski
3. Gotowe posiłki np. Kupne do odgrzania, jedzenie zamawiane do domu, jedzenie w restauracjach
4. Soki owocowe, napoje gazowane, słodkie napoje niegazowane, napoje energetyczne
5. Alkohol
6. Papierosy
7. Kawa
8. Czarna herbata
 | *Tu wpisz wybrane nawyki i jak często występują np. x raz dziennie, x raz w tygodniu, x raz w miesiąc* |
| Jaka jest Twoja docelowa masa ciała  | *Tu wpisz masę ciała* |
| Ile czystej wody ( gazowanej, niegazowanej) wypijasz dziennie | *Tu wpisz ilość wody* |
| Jaki jest Twój status zawodowy ( uczeń, pracujący, nie pracujący, emeryt/rencista) | *Tu wpisz status* |
| Jakie są godziny Twojej pracy ( jeśli pracujesz) | *Tu wpisz godziny prac* |
| Jeśli pracujesz to czy jest możliwość podgrzania posiłków w pracy? | *Tu wpisz czy jest taka możliwość* |
| Czy masz określone godziny przerwy w pracy? | *Tu wpisz jeśli są to stałe pory*  |
| Jaki jest Twój stopień aktywności fizycznej od 1 do 5 ( 1 niski - 5 wysoki) | *Tu wpisz stopień* |
| Czy uprawiasz jakąś aktywność fizyczną? | *Tu wpisz jaką jeśli uprawiasz* |
| Ile godzin dziennie sypiasz | *Tu wpisz średnią ilość godzin* |
| Czy wcześniej stosowałeś dietę, jeśli tak opisz jej rezultat oraz jak długo trwał  | *Tu opisz swoje doświadczenia z dietami*  |
| Jak często się wypróżniasz | *Tu wpisz częstotliwość* |
| Czy borykasz się ze wzęciami/ zaparciami | *Tu wpisz jeśli tak i jak często* |
| O której godzinie wstajesz | *Tu wpisz godzinę* |
| O której godzinie chodzisz spać | *Tu wpisz godzinę* |