



MISSION NUTRITION

E W A J A N O W I C Z

WYWIAD ŻYWIENIOWY		
Imię i nazwisko		
Telefon i adres email		Godziny wygodne do kontaktu telefonicznego:
Adres zamieszkania (dane do faktury)		
Data urodzenia		
Skąd dowiedziałeś się o Mission Nutrition?		Czy byłaś/łeś już wcześniej u dietetyka?
Cel wizyty		
Wzrost [cm]	(dot. wizyty online)	
Waga [kg]	(dot. wizyty online)	
Pomiar centymetrem krawieckim [cm] (dot. wizyty online)	Pan brzuch: biodra: ramię:	Pani biust: talía: brzuch: biodra: udo: ramię:
Wykonywany zawód, charakter pracy, godziny pracy		
Jakie choroby występują w najbliższej rodzinie (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie)?		
Czy masz jakieś alergie lub nietolerancje pokarmowe, jakie? Czy była wykonywana diagnostyk w tym kierunku?		
Czy chorujesz na jakieś choroby przewlekłe, zaburzenia metaboliczne, choroby autoimmunologiczne? Napisz jakie i od kiedy występują?		



MISSION NUTRITION

E W A J A N O W I C Z

Stan przewodu pokarmowego, czy występuje zgaga, refluks, wrzody, wzdęcia, gazy, wycięty pęczężyk żółciowy itp.?		
Jak często się wypróżniasz? Czy stosujesz jakieś środki przeczyszczające, jakie?		
Czy przechodziłaś/leś jakieś operacje, zabiegi, kiedy?		
Twój sposób narodzenia	Naturalny: <input type="checkbox"/>	Cesarskie cięcie: <input type="checkbox"/>
Czy byłaś/leś karmiony naturalnie mlekiem matki?		
Czy byłaś/leś chorowitym dzieckiem? Jakie choroby, dolegliwości występowały?		
Czy przeszedłaś/leś dużo antybiotykoterapii?		
Czy często się przeziębiasz?		
Ciąże (jeżeli były) Miesiączki, czy regularne?		
Przyjmowane leki z uwzględnieniem dawki i godziny przyjmowania		
Przyjmowane suplementy z uwzględnieniem dawki i pory przyjmowania		
Rytm snu (ile godzin na dobę, wybudzanie nocne, podjadanie w nocy)		
Zmiany wagi w przeciągu ostatnich 3-6 miesięcy		



MISSION NUTRITION

E W A J A N O W I C Z

Ile chciałabyś/chciałbyś ważyć?	
Waga w wieku 20 lat	
Od kiedy pojawił się problem z wagą?	
Czy były stosowane jakieś diety odchudzające? Jakiej i jak długo?	
Stres a jedzenie	
Czy występują u Ciebie zaburzenia jedzenia np. napadowe objadanie się, niejedzenie określonych posiłków, głodzenie?	
Czy są posiłki po których źle się czujesz? Jakiej?	
SKALA SAMOCENY-zaznacz krzyżykiem w którym miejscu się znajdujesz	
1.....5.....10	Poczucie kontroli nad jedzeniem
1.....5.....10	Samopoczucie fizyczne
1.....5.....10	Nastroj
1.....5.....10	Zadowolenie z własnego wyglądu
1.....5.....10	Zadowolenie z siebie
Jak często występuje aktywność fizyczna?	
Jakiego rodzaju są to treningi (dyscyplina), jak długo trwają? W jakich godzinach się odbywają?	
Napoje wypijane w trakcie treningu	
W jakim odstępie czasu jesz przed treningiem oraz po treningu?	
Co jesz przed treningiem?	
Co jesz po treningu?	
Ile wody dziennie wypijasz? Jakiej?	



MISSION NUTRITION

E W A J A N O W I C Z

Użytki - jak często je stosujesz? Papierosy, alkohol, słodczy, kawa?	
Czy słodczy, ile, czym?	
Preferowany smak potraw	
Wszystkie przyprawy których używasz w kuchni	
Produkty których nie lubisz	
Produkty z których nie jeste w stanie zrezygnować	
Jak często jesz na mieście np. posiłki typu fast food?	
Czy spożywasz i jak często gotowe sosy, ketchup, gorący kubek, zupka chińska, batony, słodczy?	
Ile i jakie pieczywo, kasze makarony, ziemniaki spożywasz najczęściej?	
Czym smarujesz pieczywo, jakich tłuszczu używasz w kuchni?	
Jak często spożywasz owoce? Ile? Jakie najczęściej i w jakiej postaci?	
Jak często spożywasz warzywa ? Jakie i w jakiej postaci?	
Jak często spożywasz mleko i jego przetwory? Które najczęściej?	
Ile jajek spożywasz tygodniowo?	



MISSION NUTRITION

E W A J A N O W I C Z

Jakie mięsa spożywasz najczęściej, w jakiej postaci?	
Jakie ryby spożywasz najczęściej? W jakiej postaci?	
Czy stosujesz panierki, zasmażki? Zabelasz zupy mąką?	
Jak często jesz orzechy, nasiona, suszone owoce, strączki?	
Kto w domu gotuje? Czy lubisz spędzać czas na gotowaniu?	
Dołączone wyniki badań	
Co chcesz otrzymać:	jadłospis/zalecenia/konsultację

1. Wywiad ma na celu dostosowanie programu żywieniowego oraz postępowania do Ciebie.
2. Udostępniony numer telefonu będzie służył jedynie do kontaktu, przesyłania informacji dotyczących diety oraz informacji dotyczących działalności poradni (promocje, wydarzenia). Zapewniam, że Twój numer nie zostanie udostępniony czy odsprzedany osobom trzecim. Udzielona zgoda może być przez Ciebie w każdej chwili wycofana - wystarczy, że to zgłosisz (wpisanie nr telefonu jest równoznaczne ze zgodą).
3. Udostępniony email będzie służył jedynie do kontaktu, przesyłania plików dotyczących diety oraz informacji dotyczących działalności poradni (promocje, wydarzenia). Zapewniam, że Twój adres nie zostanie udostępniony czy odsprzedany osobom trzecim. Udzielona zgoda może być przez Ciebie w każdej chwili wycofana – wystarczy, że to zgłosisz. Zgodnie z ustawą z dn.18.07.2002r (Dz.U. nr 144, poz.1204) o świadczeniu usług drogą elektroniczną, wyrażam zgodę na otrzymywanie powyższych informacji na mojego maila (wpisanie maila jest równoznaczne ze zgodą).

Data i podpis

.....