



Imię:  Nazwisko:

Wiek:  Wzrost:  Masa ciała:

Ilość spożywanym posiłków w ciągu dnia:  Ilość wypijanych płynów w ciągu dnia:

Użytki - alkohol (piwo, wino, wódka):  papierosy:  kawa (rozpuszczalna, naturalna):

Stosowane dotychczas diety:

Choroby, alergie i nietolerancje pokarmowe:

Leki:

Aktywność:

Rodzaj wykonywanej pracy:

Dzieci:

Czy Pan/stosowała dotychczas jakąś dietę, lub stosuje obecnie?  
Jaka była / jest to dieta, dlaczego jest stosowana i przed jak długo?:

TAK

Jeśli TAK to proszę napisać jaka była / jest to dieta, dlaczego jest stosowana i przez jak długo:

NIE



W jakich miejscach Pan/i spożywa posiłki (proszę zaznaczyć wszystkie możliwości):

- Dom  Praca  
 Restauracja  Bar szybkiej obsługi

Inne:

Ile Pan/i spożywa posiłków w ciągu dnia?:

- 3 lub mniej w tym jeden ciepły  3 lub mniej w tym 2 lub 3 na ciepło  
 4 posiłki dziennie, z czego 1 posiłek na ciepło  4 posiłki dziennie, z czego minimum 2 posiłki na ciepło  
 5 posiłków dziennie, z czego 3 na ciepło

Czy Pan/i zawsze spożywa śniadanie przed wyjściem z domu?:

- TAK  NIE

jeśli NIE to gdzie dziecko spożywa pierwszy posiłek i ile godzin po przebudzeniu:

Czy Pan/i spożywa posiłki w stałych odstępach czasowych?:

- TAK  NIE

Czy zdarza się, że Pan/i ma przerwy między posiłkami dłuższe niż 5-6 godzin?  
(nie wliczając przerwy nocnej - pomiędzy kolacją a śniadaniem):

- TAK  NIE

Czy zdarza się, że Pan/i dojada między posiłkami?:

- Tak, kilka razy dziennie  Tak, bardzo rzadko  
 Tak, co najmniej raz dziennie  Nie, nigdy

Czy spożywa Pan/i ciemnie pieczywo i jak często?:

- Tak, codziennie  Tak, okazjonalnie  
 Tak, kilka razy w tygodniu  Nie, nigdy  
 Tak, kilka razy w miesiącu

Czy spożywa Pan/i grube kasze(gryczana, pęczak, jęczmienna, brązowy ryż) i jak często?:

- Tak, codziennie  Tak, kilka razy w miesiącu  
 Tak, kilka razy w tygodniu  Tak, okazjonalnie  
 Tak, raz w tygodniu  Nie spożywam produktów z tej grupy



Czy pije Pan/i mleko i w jakich ilościach?:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tak, około litra dziennie                    | <input type="checkbox"/> Tak, kilka razy w tygodniu (jak dużo?): |
| <input type="checkbox"/> Tak, około pół litra dziennie                | <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Tak, około szklanki dziennie                 | <input type="checkbox"/> Tak, ale bardzo rzadko                  |
| <input type="checkbox"/> Nie, nigdy – wykazuje nietolerancje na mleko | <input type="checkbox"/> Nie, nigdy – nie lubi                   |

Jak często spożywa Pan/i kwaśne przetwory mleczne? (jogurt, kefir, maślanka):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kilka razy dziennie   | <input type="checkbox"/> Kilka razy w miesiącu |
| <input type="checkbox"/> Codziennie            | <input type="checkbox"/> Okazjonalnie          |
| <input type="checkbox"/> Kilka razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Nigdy                 |

Jak często spożywa Pan/i sery żółte?:

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Codziennie            | <input type="checkbox"/> Rzadko |
| <input type="checkbox"/> Kilka razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Nigdy  |

Jak często spożywa Pan/i sery twarogowe?:

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Codziennie            | <input type="checkbox"/> Rzadko |
| <input type="checkbox"/> Kilka razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Nigdy  |

Ile jaj spożywa Pan/i w ciągu tygodnia? (gotowane, sadzone, jajecznica, omlet i inne):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nie spożywa jaj           | <input type="checkbox"/> 3 jaja na tydzień               |
| <input type="checkbox"/> Jaja spożywa sporadycznie | <input type="checkbox"/> 4 jaja na tydzień               |
| <input type="checkbox"/> 1 jajo na tydzień         | <input type="checkbox"/> 5 i więcej jaj w ciągu tygodnia |
| <input type="checkbox"/> 2 jaja na tydzień         |  |

Jakie mięso najczęściej Pan/i spożywa?:

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Wieprzowinę | <input type="checkbox"/> Drób               |
| <input type="checkbox"/> Wołowinę    | <input type="checkbox"/> Nie spożywam mięsa |
| <input type="checkbox"/> Cielęcinę   |   |

Jak często spożywa Pan/i mięso?:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Codziennie          | <input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu |
| <input type="checkbox"/> 5-6 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Okazjonalnie        |
| <input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Nie spożywam mięsa  |



Ile razy w tygodniu spożywa Pan/i ryby?:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Codziennie          | <input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu |
| <input type="checkbox"/> 5-6 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Okazjonalnie        |
| <input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Nie spożywam ryb    |

Na jakim tłuszczu smażone są potrawy które Pan/i spożywa?:

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Olej      | <input type="checkbox"/> Boczek   |
| <input type="checkbox"/> Margaryna | <input type="checkbox"/> Nie wiem, nie przygotowuje samodzielnie posiłków |
| <input type="checkbox"/> Smalec    |   |

Jakie wędliny Pan/i najczęściej spożywa?:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Połowicę        | <input type="checkbox"/> Salami              |
| <input type="checkbox"/> Szynek gotowaną | <input type="checkbox"/> Kielbasy podsuszane |
| <input type="checkbox"/> Kielbasy białe  | <input type="checkbox"/> Pasztety            |
| <input type="checkbox"/> Inne, (jakie?)  | <input type="checkbox"/> Nie spożywam wędlin |

Jak często spożywa Pan/i wędliny?:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Codziennie            | <input type="checkbox"/> Rzadko              |
| <input type="checkbox"/> Kilka razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Nie spożywam wędlin |
| <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu        |  |

Czym smaruje Pan/i pieczywo?:

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masłem           | <input type="checkbox"/> Majonezem   |
| <input type="checkbox"/> Miękką margaryną | <input type="checkbox"/> Nie smaruje |
| <input type="checkbox"/> Smalcem          |                                      |

Jak często spożywa Pan/i zupy?:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Codziennie          | <input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu |
| <input type="checkbox"/> 5-6 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Okazjonalnie        |
| <input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Nie spożywam zup    |

Jak często spożywa Pan/i ziemniaki?:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Codziennie          | <input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu     |
| <input type="checkbox"/> 5-6 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Okazjonalnie            |
| <input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Nie spożywam ziemniaków |



Co najczęściej dodaje Pan/i do ziemniaków?:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sos                 | <input type="checkbox"/> Masło i / lub mleko |
| <input type="checkbox"/> Tłuszcz ze smażenia | <input type="checkbox"/> Nic                 |

Jak często do obiadu spożywa Pan/i do obiadu warzywa lub/i owoce?:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Codziennie          | <input type="checkbox"/> Okazjonalnie        |
| <input type="checkbox"/> 5-6 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Nie spożywam owoców |
| <input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Nie spożywam warzyw |
| <input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu |  |

Jak często do kolacji spożywa Pan/i warzywa lub/i owoce?:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Codziennie          | <input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu |
| <input type="checkbox"/> 5-6 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Okazjonalnie        |
| <input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Nigdy               |

Jakie warzywa najczęściej Pan/i spożywa?:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Jakie owoce najczęściej Pan/i spożywa?:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Ile w ciągu dnia spożywa Pan/i owoców i warzyw?:

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Powyżej 1kg  | <input type="checkbox"/> Mniej niż ½ kg               |
| <input type="checkbox"/> Około 1kg    | <input type="checkbox"/> Nie spożywam owoców i warzyw |
| <input type="checkbox"/> Powyżej ½ kg |   |

W jakiej postaci najczęściej spożywa Pan/i owoce?:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Surowe           | <input type="checkbox"/> Gotowane przetarte |
| <input type="checkbox"/> Surowe przetarte | <input type="checkbox"/> Nie spożywam       |
| <input type="checkbox"/> Gotowane         |   |

W jakiej postaci najczęściej spożywa Pan/i warzywa?:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Surowe           | <input type="checkbox"/> Gotowane przetarte |
| <input type="checkbox"/> Surowe przetarte | <input type="checkbox"/> Nie spożywam       |
| <input type="checkbox"/> Gotowane         |   |



Jak często w ciągu tygodnia spożywa Pan/i groch, fasolę, soję lub inne nasiona roślin strączkowych?:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Codziennie          | <input type="checkbox"/> 1-2 razy w tygodniu |
| <input type="checkbox"/> 5-6 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Okazjonalnie        |
| <input type="checkbox"/> 3-4 razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Nigdy               |

Czy dosładza Pan/i napoje a jeśli tak to ile łyżeczek?:

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 łyżeczka | <input type="checkbox"/> Więcej niż 3 łyżeczki (ile?):<br><input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 2 łyżeczki |  |
| <input type="checkbox"/> 3 łyżeczki | <input type="checkbox"/> Nie dosładzam   |

Proszę zaznaczyć ulubione napoje:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herbata                                 | <input type="checkbox"/> Soki owocowe               |
| <input type="checkbox"/> Kawa zbożowa                            | <input type="checkbox"/> Woda mineralna niegazowana |
| <input type="checkbox"/> Coca-cola, sprite, fanta itp.           | <input type="checkbox"/> Woda mineralna gazowana    |
| <input type="checkbox"/> Inne, (jakie?):<br><input type="text"/> |   |

Ile wypija Pan/i płynów w ciągu dnia (nie wliczając mleka)?:

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 szklankę | <input type="checkbox"/> 4 szklanki  |
| <input type="checkbox"/> 2 szklanki | <input type="checkbox"/> 5 szklanek  |
| <input type="checkbox"/> 3 szklanki | <input type="checkbox"/> Więcej niż 5 szklanek (ile?):<br><input type="text"/> |

Jakich przypraw Pan/i najczęściej używa?:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jarzynka                                | <input type="checkbox"/> Pieprz                           |
| <input type="checkbox"/> Maggi                                   | <input type="checkbox"/> Zioła (bazylia, tymianek i inne) |
| <input type="checkbox"/> Sól                                     | <input type="checkbox"/> Przyprawy korzenne               |
| <input type="checkbox"/> Inne, (jakie?):<br><input type="text"/> |   |

Jak często spożywa Pan/i dania typu Fast Food?:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Codziennie            | <input type="checkbox"/> Kilka razy w miesiącu |
| <input type="checkbox"/> Kilka razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Okazjonalnie          |
| <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu        | <input type="checkbox"/> Nigdy                 |



Jak często spożywa Pan/i jedzenie gotowe do odgrzania w domu?:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Codziennie            | <input type="checkbox"/> Kilka razy w miesiącu |
| <input type="checkbox"/> Kilka razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Okazjonalnie          |
| <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu        | <input type="checkbox"/> Nigdy                 |

Jak często spożywa Pan/i słodycze?:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 3-4 razy dziennie     | <input type="checkbox"/> Kilka razy w miesiącu |
| <input type="checkbox"/> 1-2 razy dziennie     | <input type="checkbox"/> Okazjonalnie          |
| <input type="checkbox"/> Kilka razy w tygodniu | <input type="checkbox"/> Nigdy                 |
| <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu        |  |

Co jest najczęstszym dodatkiem Pan/i kanapek?:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Warzywa oraz sery twarogowe i żółte    | <input type="checkbox"/> Dżemy oraz kremy czekoladowo-orzechowe |
| <input type="checkbox"/> Warzywa, wędliny, szynki oraz pasztety |   |

Czy spożywa Pan/i preparaty multiwitaminowe?:

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TAK, (jakie?): | <input type="checkbox"/> NIE |
|---|------------------------------|

Czy aktualnie stosuje Pan/i aktualnie jakiś rodzaj diety?:

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TAK, (jaką?): | <input type="checkbox"/> NIE |
|--|------------------------------|