***Formularz dla mężczyzn***

**Informacje podstawowe**

Adres mailowy:

Skype lub Messenger:

Numer telefonu kontaktowego:

Imię i nazwisko:

Wiek:

Masa ciała w kg:

Wzrost w cm:

Obwód talii w cm:

Obwód bioder w cm:

Jaki czas utrzymuje się Twoja obecna masa ciała ?

Ile dni ma mieć Twój jadłospis?(podkreśl lub zaznacz kolorem)

* 7
* 14

Jaki jest Twój cel diety? (podkreśl lub zaznacz kolorem)

* Redukcja masy
* Przybranie masy
* Wzrost masy mięśniowej
* Chęć zdrowego odżywiania
* Prawidłowe odżywianie w określonej jednostce chorobowej

Jaka jest Twoja aktywność fizyczna? (podkreśl lub zaznacz kolorem)

* Bardzo niska: pacjent leżący w łóżku.
* Niska: praca za biurkiem, mało ruchu w ciągu dnia.
* Średnia aktywność: praca za biurkiem kilka razy w tygodniu spacery lub inna aktywność fizyczna trwająca co najmniej 30 min.
* Wysoka aktywność: regularne treningi trwające 1h lub dłużej przynajmniej 3 razy w tyg, oraz dużo ruchu w ciągu dnia.
* Bardzo wysoka: przynajmniej 5 treningów trwających powyżej 1h plus dużo ruchu w ciągu dnia.

**Stan zdrowia**

Czy odczuwasz dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego ? ( wzdęcia, biegunki, zaparcia, refluks itp.)

Czy zdiagnozowano u Ciebie schorzenie/a ? (np. cukrzyca, Hashimoto, nadczynność tarczycy , choroba refleksowa przełyku itp. ?)

Czy przyjmujesz jakieś leki i/lub suplementy? Jeśli tak to proszę podać nazwę leku/suplementu oraz dawkę przyjmowaną w ciągu dnia.

Czy cierpisz na alergie pokarmową albo nietolerancje, jeśli tak to na co?

Czy przyjmujesz używki? Jeśli tak to jakie ?

**Tryb życia**

Jaki rodzaj pracy wykonujesz?

Jeśli pracujesz to w jakich godzinach ? Ile razy w tygodniu?

O której godzinie wstajesz i kładziesz się spać ?

Jeśli jadasz w pracy posiłki to jakie ? (Np. kanapki z wędliną, kupiony obiad kotlet ,ziemniaki, surówka itp.)

**Żywienie**

Jakie posiłki jadasz w domu?

Czy sam przygotowujesz posiłki?

Ile mniej więcej czasu potrzebujesz do przygotowania posiłku?

Ile posiłków w ciągu dnia jest do zaakceptowania( 3,4 lub 5)?

Czy zdarza Ci się podjadać w ciągu dnia ?

Miewasz napady niepohamowanego głodu ?

Czy spożywasz alkohol? (codziennie, kilka razy w tyg., w weekendy, bardzo rzadko, wcale)

Jakie napoje najczęściej spożywasz? (np. kawę, herbatę, soki, wodę mineralną niegazowaną, wodę gazowaną, herbatki ziołowe, napoje typu cola)

Jaki rodzaj tłuszczu preferujesz smażenia? ( np. oliwa z oliwę, olej rzepakowy, smalec itp.)

Jaki rodzaj tłuszczu preferujesz do smarowania np. pieczywa?

Czy spożywasz jajka ?

Ile razy w tygodniu jadasz jajka?

Wymień produkty lubiane i nie lubiane. Jeśli nie jadasz danej grupy produktów postaw pauzę.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Produkty** | **Lubiane** | **Nie lubiane** |
| Produkty zbożowe(np. płatki, kasze itp.) |  |  |
| Pieczywo (chleb biały pszenny, żytni itp.) |  |  |
| Mięso (wieprzowina, kurczak itp.) |  |  |
| Ryby (mintaj, dorsz itp.) |  |  |
| Owoce |  |  |
| Warzywa  |  |  |
| Produkty mleczne( ser, twaróg itp.) |  |  |
| Wędliny |  |  |
| Warzywa strączkowe( fasola, groch itp.) |  |  |

Jaki typ obróbki kulinarnej najczęściej stosujesz? (np. smażenie, pieczenie, gotowanie itp.)

Czy zaobserwowałeś jakieś dolegliwości po zjedzeniu danego produktu spożywczego ? (np. po zjedzeniu chleba pszennego, soczewicy itp.)

Jakie dania najczęściej spożywasz ? np.: spaghetti z sosem i mięsem mielonym, schabowy z ziemniakami i surówką, pierogi itp. ?

Jaki jest Twój typ żywienia (podkreśl lub zaznacz kolorem):

* Tradycyjny ( wszystkie produkty: mięso, nabiał, jaja, pieczywo, warzywa itp.) (podkreślić lub zaznaczyć kolorem)
* Wegetariański
* Wegański
* Bezmleczny
* Bezjajeczny
* Bezmleczny i bezjajeczny

Dodatkowe informacje o których powinnam wiedzieć ?