



MISSION NUTRITION

E W A J A N O W I C Z

WYWIAD ŻYWIENIOWY		
Imię i nazwisko		
Telefon i adres email		
Adres zamieszkania (dane do faktury)		
Data urodzenia		
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: talia: brzuch: biodra: udo: ramię:
Wykonywany zawód, charakter pracy (siedząca/w ruchu), 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/łeś jakieś operacje, zabiegi, kiedy?	
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 6 miesięcy	
Od kiedy pojawił się problem z wagą?	
Czy były stosowane jakieś diety odchudzające? Jakie i jak długo?	
Stres a jedzenie	



MISSION NUTRITION

E W A J A N O W I C Z

Czy występują u Ciebie zaburzenia jedzenia np. napadowe objadanie się, niejedzenie określonych posiłków, głodzenie?	
Czy są posiłki po których źle się czujesz? Jakiej?	
Jak często występuje aktywność fizyczna?	
Jakiego rodzaju są to treningi (dyscyplina), jak długo trwają? W jakich godzinach się odbywają?	
Ile wody dziennie wypijasz? Jakiej?	
Użytki - jak często je stosujesz? Papierosy, alkohol, słodczy, kawa?	
Czy słodzisz, ile, czym?	
Preferowany smak potraw	
Produkty których nie lubisz	
Produkty z których nie jesteś w stanie zrezygnować	
Jak często jesz na mieście np. posiłki typu fast food?	
Ile i jakie pieczywo, kasze makarony, ziemniaki, ryż spożywasz najczęściej?	
Czym smarujesz pieczywo, jakich tłuszczów używasz w kuchni?	
Jak często spożywasz owoce? Ile? Jakiej najczęściej i w jakiej postaci?	



MISSION NUTRITION

E W A J A N O W I C Z

Jak często spożywasz warzywa ? Jakie i w jakiej postaci?	
Jak często spożywasz mleko i jego przetwory? Które najczęściej?	
Ile jajek spożywasz tygodniowo?	
Jakie mięsa spożywasz najczęściej, w jakiej postaci?	
Jakie ryby spożywasz najczęściej? W jakiej postaci?	
Czy stosujesz panierki, zasmażki? Zabielasz zupy mąką?	
Jak często jadasz 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

.....