

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Rodzaj wykonywanej pracy (fizyczna, biurowa, emerytura itp.), godziny pracy

Adres e-mail

Nr telefonu

Zdrowie

Motywacja/ cel do osiągnięcia:

Aktualna masa ciała

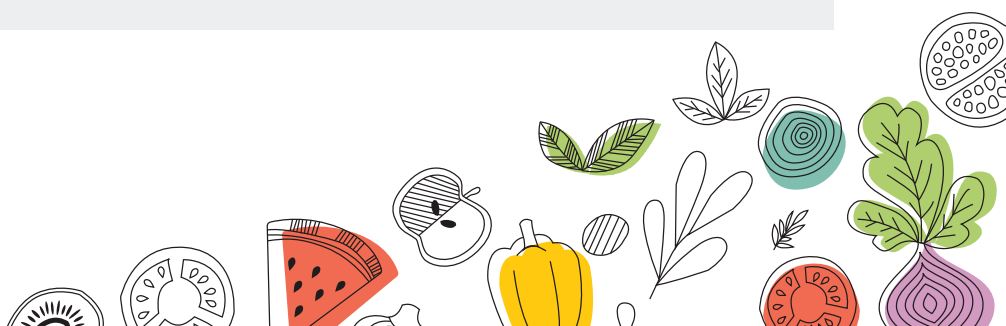
Wzrost

Czy ma Pan/i choroby zdiagnozowane przez lekarza? Jakież?

Czy ma Pan/i inne dolegliwości zdrowotne? Właściwe zakreślić.

- | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|------------------------------------|--|
| ☐ refluks | ☐ bóle żołądka | ☐ zgaga | ☐ problemy z przełykaniem | ☐ bóle stawowe | ☐ zmęczenie | ☐ gazy |
| ☐ senność popołudniowa | ☐ bezsenność | ☐ brak koncentracji | ☐ zawroty głowy | ☐ łamliwość paznokci | | |
| ☐ bóle głowy | ☐ trądzik | ☐ anemia | ☐ zaparcia | ☐ biegunki | ☐ wzdęcia | ☐ uczucie guli w gardle |
| ☐ przelewania w jelitach | ☐ hemoroidy | ☐ wypadanie włosów | ☐ spływający śluz po ścianie gardła | ☐ omdlenia | | |
| ☐ niepohamowana ochota na słodkie | ☐ kołatanie serca | ☐ skurcze łydek | ☐ drgania powiek | | | |

inne



Przebyte operacje? Jakież?

Czy ma Pan/i alergię pokarmową? Jak się objawia? Na jakie produkty?

Czy ma Pan/i alergię wziewną? Na jakie substancję/ pyłki?

Czy ma Pan/i alergię kontaktową? Na co?

Czy zażywa Pan/i suplementy diety, witaminy, zioła, preparaty wzmacniające, odchudzające? Jakież?

Czy zna Pan/i swój poziom ciśnienia? Proszę podać wartość

Jaki ma Pan/i poziom cholesterolu całkowitego?

Jaki ma Pan/i poziom trójglicerydów?

Jaki ma Pan/i poziom cukru na czczo?

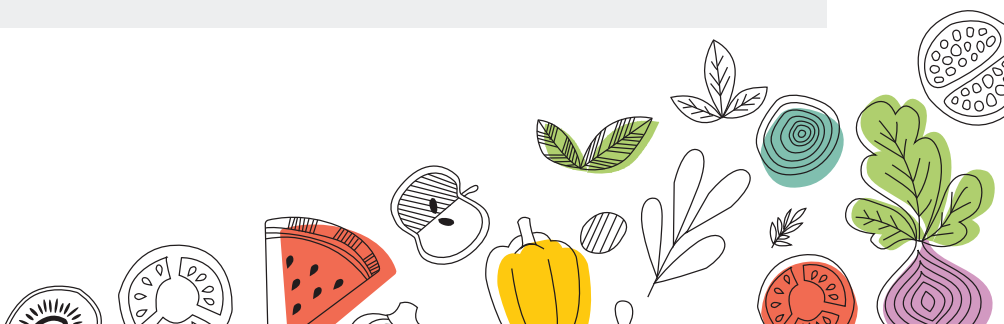
Czy pali Pan/i papierosy? Ile dziennie?

Czy spożywa Pan/i alkohol? Jak często i jaki?

Czy ma Pan/i jakieś przeciwwskazania do aktywności ruchowej? Jakież?

Czy na co dzień uprawia Pan/i sport, aktywność ruchową? Jaką? Jak często?

Jak często przechodzi Pan/i infekcję, grypy, anginy? Ostatnia antybiotykoterapia?



Wywiad rodzinny

Członkowie rodziny	Choroby, dotyczące poszczególnych członków rodziny
Mama	
Tata	
Rodzeństwo	
Dzieci własne	

Zwyczaje żywieniowe

Kto w domu gotuje?

Czy czuje się Pan/i dobrze ze swoją masą ciała? Z jaką czuł/a by się Pan/i lepiej?

Czy jest Pan/ i na diecie eliminacyjnej? Jakiej? Właściwe zaznaczyć

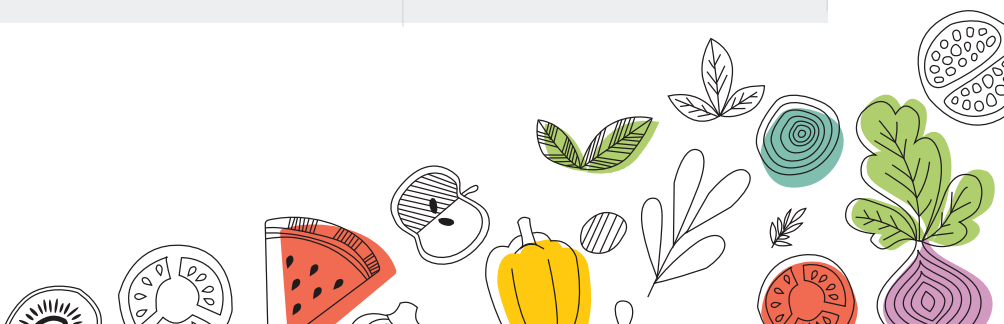
☐ bezmleczna ☐ bezjajeczna ☐ bezglutenowa ☐ wegetariańska ☐ niskosalicylanowa ☐ niskohistaminowa

inna

Ile posiłków jada Pan/i dziennie?

Proszę wpisać o jakich godzinach i w jakim miejscu jadane są posiłki najczęściej

Posiłek	Godzina spożycia	Miejsce spożycia
Śniadanie		
II Śniadanie		
Obiad		
Podwieczorek		
Kolacja		



Co jada Pan/i zwykle na śniadanie?

Co jada Pan/i zwykle na II śniadanie?

Co jada Pan/i zwykle na obiad ?

Co jada Pan/i zwykle na kolację?

Co podjada Pan/i zwykle między posiłkami?

Gdzie najczęściej spożywa Pan/i posiłki? (w domu, pracy, restauracjach, barach)

Jak często stołuje się Pan/ i w miejscach typu Fast-Food? Ile razy w tygodniu/ miesiącu?

Ile litrów/szklanek wody (nie smakowej) wypija Pan/i w ciągu dnia?

Ile kaw wypija Pan/i w ciągu dnia?

Czy używa Pan/i cukru? Ile łyżeczek na kubek napoju?

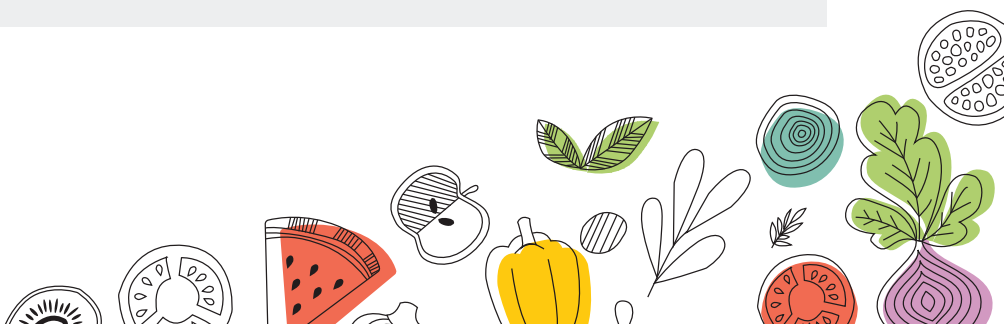
Czy używa Pan/i przypraw typu: Vegeta, magii, ziarenka smaku, kostki rosołowe?

Czy spożywa Pan/Pani produkty z białej mąki?
Typu chleb, bułki, makaron, pierogi, pizza. Ile razy w tygodniu/miesiącu?

Jakie produkty są chętniej wybierane? Właściwe zaznaczyć

☐ słodkie ☐ słone ☐ pikantne ☐ kwaśne

Czy zdarza się Pani/u nocne podjadanie?



Szczególnie lubiane dania i produkty spożywcze?

Szczególnie nie lubiane dania i produkty spożywcze?

Oświadczenie RODO

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Dietą po zdrowie Katarzyna Goździcka ul. Św. Urbana 2/9; 41-800 Zabrze NIP: 6482634567,

w postaci: imienia, nazwiska, adresu e-mail, numeru telefonu oraz wyników badań krwi:

- w celu kontaktu z klientem,
- w celu zarządzania ryzykiem, w tym ryzyka wystąpienia opóźnienia w spłacie należności,
- w celu wysłania zaleceń dietetycznych drogą e-mailową,
- do analizy badań diagnostycznych w celu dopasowania indywidualnych zaleceń dietetycznych.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, w przypadku danych pozyskanych w wyniku zgody - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Zgoda obowiązuje do każdorazowego skorzystania z usług świadczonych przez wyżej wymienioną Działalność gospodarczą.

.....
data, podpis

