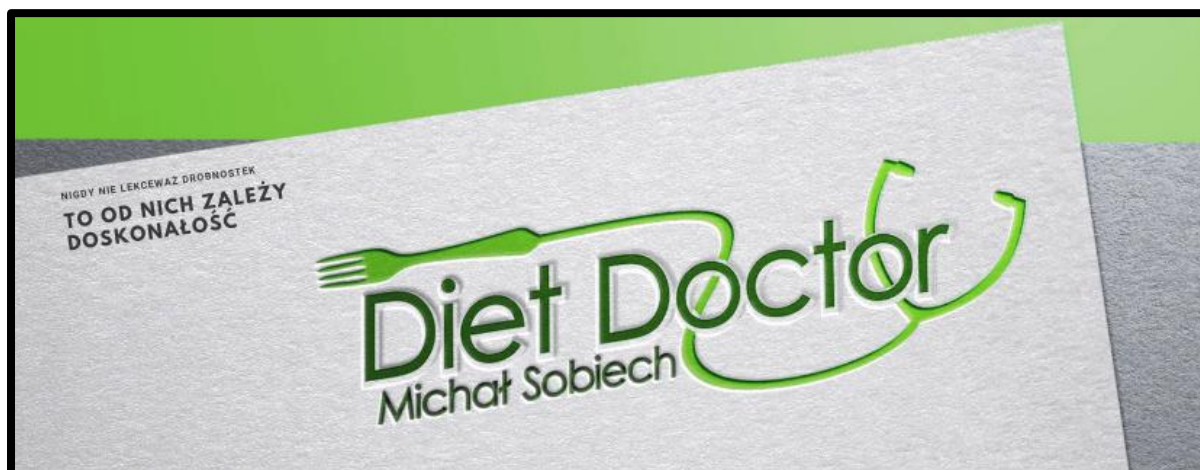


KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

CZYLI... POZWÓL MI SIĘ LEPIEJ POZNAĆ!



W celu rozpoczęcia naszej współpracy proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza osobowego... **zgodnie z prawdą**

Imię i nazwisko	
Data	
Nr telefonu	
Adres email	

Wiek		Obwód pasa (cm)	
Wzrost		Obwód bioder (cm)	
Waga		Obwód klatki (cm)	
BF - Body Fat (jeśli znany)		Jak oceniasz swoją sylwetkę? (1-10)	

W jakie wadze czułbyś/ czułabyś się dobrze ?

--

- **Poniżej opisz jaki jest cel Twojego zgłoszenia. Co chcesz osiągnąć, co chcesz zmienić lub do czego chcesz się przygotować.**

--

INFORMACJA O TWOJEJ AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

Czy korzystasz z jakichkolwiek narzędzi do monitorowania aktywności (np. zegarki sportowe, aplikacje)?

- ☐ Tak, regularnie monitoruję swoją aktywność
- ☐ Sporadycznie sprawdzam
- ☐ Nie używam takich narzędzi

Jak oceniasz swoją regenerację po treningach (ból mięśni, zakwasy, zmęczenie)?

- ☐ Bardzo dobra, rzadko mam zakwasy
- ☐ Średnia, czasami czuję zmęczenie
- ☐ Słaba, często jestem obolały/a i zmęczony/a

Czy masz możliwość wkomponowania spacerów w ciąg dnia?

- ☐ Tak, regularnie spaceruję
- ☐ Czasami, ale nie zawsze się udaje
- ☐ Nie, mam bardzo ograniczone możliwości

Ilość dni treningowych w tygodniu	
Opisz rodzaj uprawianego treningu	
Długość trwania Twojego treningu	

Uzupełnij tabelę wpisując w niej godzinę treningu, jego rodzaj oraz intensywność bazując na skali od 9 do 20.

Dzień	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela
Trening 1							
Trening 2							
Przykład	17:30 - Muay Thai - 17 pkt.	9:00 - Basen - 9 pkt.	19:00 - Fitness - 13 pkt.	Odpoczynek	18:00 - Siłownia - 17 pkt.	Odpoczynek	11:00 - Bieg 5km - 15 pkt

TWOJA PRACA

Rodzaj wykonywanej pracy

Czas pracy

Sposób dojazdu do pracy

Czy masz styczność z toksynami?

TWOJE ZDROWIE

Choroby stwierdzone przez lekarza

Choroby rodzinne

Problemy zdrowotne

Poniżej znajdziesz przykładowe problemy, które dotyczą większości osób, z którymi współpracuję. Edytuj je według potrzeby - przekreśl, które Cię nie dotyczą, dopisz problemy, których nie ma na poniższej liście.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• osłabienie• zmęczenie• trądzik• łuszczyca• opryszczka• zajady• tłusta skóra• sucha skóra• łamliwość włosów• wypadanie włosów• kruche paznokcie | <ul style="list-style-type: none">• łamliwe paznokcie• rozdwarzające się paznokcie• plamki na paznokciach• bóle brzucha po posiłkach• wrzody• przelewania• wzdęcia• brak sił wstać z łóżka• koszmary• stres |
|--|--|

Stale zażywane leki

Stale zażywane suplementy

Stan włosów (1 - 5)	Stan paznokci (1 - 5)	Stan skóry (1 - 5)

Kiedy ostatni raz się badałeś?

Czy kiedykolwiek stwierdzono u Ciebie nietolerancje pokarmowe (nawet jeśli nie są typowymi alergiami)?

- ☐ Tak, mam zdiagnozowane nietolerancje
- ☐ Podejrzewam, ale nie mam diagnozy
- ☐ Nie

Czy masz epizody refluksu, zgagi, uczucia pieczenia w przełyku?

- ☐ Tak, często
- ☐ Czasami
- ☐ Nie

Czy ktokolwiek w Twojej rodzinie cierpi na problemy z tarczycą lub inne zaburzenia endokrynologiczne?

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Nie wiem

Jak często w skali tygodnia odczuwasz silny stres?

- ☐ Codziennie
- ☐ Kilka razy w tygodniu
- ☐ Sporadycznie
- ☐ Prawie nigdy

Czy masz wypracowane metody radzenia sobie ze stresem (np. medytacja, spacer, hobby)?

- ☐ Tak, mam skuteczne sposoby
- ☐ Próbuję różnych metod, ale nie zawsze działają
- ☐ Nie, nie mam skutecznych metod

Czy palisz papierosy?

Jak często i jaki rodzaj alkoholu spożywasz?

O której chodzisz spać ?

O której wstajesz ?

Oceń swoją jakość snu od 1 do 5

Czy cierpisz na problemy ze snem ponad to, co już opisałeś/aś (np. wybudzanie się w nocy, trudności w zasypianiu)?

- ☐ Tak, regularnie
- ☐ Czasami
- ☐ Nie

Mając wolny kolejny dzień ile czasu potrzebujesz, by się w pełni wyspać?

Czy regularnie się wypróżniasz?

Jakiego koloru jest Twój mocz (ciemny żółty, mętny, przezroczysty, jasnosłomkowy)?

Czy mocz ma nieprzyjemny/ostry zapach?

(część dla kobiet)

Czy miesiączkujesz regularnie ?

Czy miesiączki są obfite ?

Czy miesiączki są bolesne ?

Używasz/ używałaś antykoncepcji ?

TWOJE ŻYWIENIE

Ile jesz posiłków w ciągu dnia i w jakich porach/godzinach?

--

Opisz co, ile oraz w jakich godzinach wczoraj jadłeś/aś

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Czy prowadzisz dzienniczek żywieniowy, aby wyłapywać produkty nasilające dolegliwości (np. wzdęcia, biegunki, zaparcia)?

☐ Tak, regularnie ☐ Sporadycznie ☐ Nie

Czy w ciągu dnia masz przerwy na posiłki w stałych godzinach, czy jadasz „w biegu”?

- ☐ Mam stałe pory posiłków
☐ Staram się, ale nie zawsze się udaje
☐ Jem nieregularnie, często w biegu

Czy zdarza Ci się jeść pod wpływem emocji (stres, smutek, nuda)?

- ☐ Tak, często
☐ Czasami
☐ Nie, raczej nie

Czy kiedykolwiek miałeś/aś problemy z zaburzeniami odżywiania (objadanie się, kompulsywne diety odchudzające, napady wilczego głodu)?

- ☐ Tak, w przeszłości
- ☐ Mam obecnie tego typu problemy
- ☐ Nie

Czy jadasz różne rodzaje warzyw i owoców w ciągu tygodnia, czy trzymasz się stałego zestawu?

- ☐ Staram się jeść różnorodnie
- ☐ Mam stały zestaw produktów
- ☐ Jem mało warzyw i owoców

Jak reagujesz na ewentualne nowości w diecie – lubisz testować nowe przepisy, produkty, czy raczej wolisz znane rozwiązania?

- ☐ Lubię testować nowości
- ☐ Czasami próbuję nowych rzeczy
- ☐ Wolę trzymać się sprawdzonych rozwiązań

Jak często przygotowujesz posiłki w domu?

Jak często jesz “na mieście” i co to jest?

Czy zdarza Ci się podjadać? Jeśli tak, co to jest i w jakich ilościach?

Kiedy masz największy apetyt?

Ile razy w ciągu tygodnia jesz nabiał?

Ile razy w tygodniu i jaki rodzaj pieczywa jesz?

Ile razy w ciągu tygodnia jesz chude mięso (kurczak, indyk)?

Ile razy w ciągu tygodnia jesz tłuste mięso (wieprzowina)?

Jak często jesz podroby?

Ile razy w ciągu tygodnia jesz jaja? Są to jaja sklepowe czy swojskie?

Ile razy w tygodniu jesz ryby - i jaki rodzaj?

Czy słodzisz? Jeśli tak, czego używasz?

Czy solisz? Jeśli tak ile i jakiej soli używasz?

Jakiego tłuszczu używasz do smażenia?

Jakich przypraw używasz?

Co lubisz najbardziej - słone, ostre, słodkie, kwaśne?

Jakie są Twoje ulubione dania, bez czego nie wyobrażasz sobie jadłospisu ?

Jakie są Twoje ulubione składniki ?

Czego nie lubisz jeść ?

Czy Twoje posiłki są urozmaicone czy często są podobne i jednolite?

Ile kawy wypijasz w ciągu dnia?

Ile wody wypijasz w ciągu dnia i jaka to woda (mineralna/ źródłana)

Jak często wypijasz słodzone napoje (cola, sprite, fanta, tymbark, soki itp.)?

Czy wcześniej stosowałeś inne diety? Jeśli tak to jakie i z jakim efektem?

Co jest dla Ciebie najważniejsze we współpracy z dietetykiem ?

Jak wyobrażasz sobie siebie za miesiąc ?

Jak wyobrażasz sobie swoją dietę ?

Jak planujesz radzić sobie z ewentualnymi trudnościami (np. pokusy, brak czasu, presja otoczenia)?

Jak reagujesz na bardziej szczegółowe zalecenia (rozpisane posiłki) vs. ramowy plan, który elastycznie dostosowujesz?

- ☐ Wolę konkretne, rozpisane posiłki
- ☐ Preferuję elastyczny plan
- ☐ Nie mam preferencji, dopasuję się

Na koniec, proszę, dołącz zdjęcia swojej sylwetki - z przodu, z boku, z tyłu w bieliźnie lub stroju sportowym.

UWAGI

Jeżeli sądzisz, że coś jeszcze powinienem o Tobie wiedzieć, zawrzyj te informacje w polu poniżej.

--

DZIĘKUJĘ ZA TWÓJ CZAS

Kopiowanie oraz rozpowszechnianie kwestionariusza jest zabronione.

Copyright 23.03.2017 Diet Doctor.

Zgodnie z Ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631 z późn. zm.)

Dodatkowe pytania