

19. Jeśli zaznaczyłeś TAK, napisz ile kilogramów udało Ci się zredukować?

20. Czy po diecie odchudzającej wystąpił efekt jo-jo?

Tak

Nie

21. Ile razy dziennie pijasz kawę?

22. Ile posiłków dziennie zjadasz?

23. Co najczęściej pijesz?

wodę niegazowaną

wodę gazowaną

soki, nektary owocowe i warzywne

świeże soki owocowo-warzywne

słodzone napoje gazowane lub energetyki

kawę

herbatę

zioła

napoje alkoholowe

24. Jak dużo płynów pijesz w ciągu dnia?

mniej niż 1 litr

1 do 1,5 litra

1,5-2 litry

więcej niż 2 litry

25. Czy lubisz gotować? Ile możesz poświęcić czasu na gotowanie?

26. Jakich produktów nie lubisz jeść i nie chciałbyś mieć w swoim jadłospisie?

27. Jakie produkty lubisz jeść?

28. Twoje ulubione danie to:

29. Czy przygotowujesz posiłki samodzielnie?

Tak

Nie

30. Jakie sposoby gotowania lubisz najbardziej?

smażenie

pieczenie

duszenie

gotowanie w wodzie

gotowanie na parze

31. Jak często jadasz w restauracjach typu fast food?

codziennie

1-2 razy w tygodniu

3-4 razy w tygodniu

1-3 razy w miesiącu

rzadziej niż raz w miesiącu

32. Który z Twoich posiłków jest największy?

śniadanie

drugie śniadanie

obiad

podwieczorek

kolacja

33. Czy podjadasz między posiłkami?

zawsze

czasami

nigdy

w sytuacjach stresowych

34. Ile razy w miesiącu spożywasz alkohol?

wcale

1-4 razy

więcej niż 4 razy

35. Czy stosujesz specjalny sposób odżywiania?

jestem wegetarianinem

jestem weganinem

jestem na diecie bezglutenowej

jestem na diecie bezlaktozowej

jestem na diecie ketogenicznej

nie, jem wszystkie produkty

Inne

36. Jeśli zaznaczyłeś inne, napisz jaki stosujesz sposób odżywiania?

37. Czy stosujesz suplementy diety?

Tak

Nie

38. Jeśli zaznaczyłeś TAK, napisz jakie?

39. Czy zażywasz regularnie jakieś leki?

Tak

Nie

40. Jeśli zaznaczyłeś TAK, napisz jakie?

41. Jak oceniasz swój stan zdrowia?

Bardzo źle

Dobrze

Źle

Bardzo dobrze

Nie jest źle, ale mogłoby być znacznie lepiej

42. Czy aktualnie leczysz się z powodu, którejś z poniższych chorób lub masz poniższe problemy zdrowotne?

Nadciśnienie tętnicze

Problemy z zaparciami

Choroba wieńcowa

Nadczynność tarczycy

Wysoki poziom cholesterolu całkowitego

Niedoczynność tarczycy

Wysoki poziom trójglicerydów

Choroba Gravesa Basedowa

Miażdżycza

Hashimoto

Cukrzyca typu I

Wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C

Cukrzyca typu II

Kamica żółciowa

Cukrzyca ciążowa

Marskość wątroby

Choroba wrzodowa żołądka

Przewlekłe zapalenie trzustki

Choroba wrzodowa dwunastnicy

Celiakia

Zespół jelita drażliwego

Nietolerancja laktozy

Nadmierne wzdęcia

Kamica nerkowa

Przewlekłe biegunki

Nie, nie cierpię na żadne z powyższych

43. Czy aktualnie leczysz się z powodu, którejś z poniższych chorób lub masz poniższe problemy zdrowotne?

Kłębuszkowe zapalenie nerek

Alergie wziewne

Niewydolność nerek

Problem z wypadaniem włosów

Dna moczanowa

Problem z łamiącymi się paznokciami

Zespół Policystycznych Jajników (PCOS)

Ciągłe zmęczenie

Zespół Cushinga (ZC)

Częste infekcje dróg moczowych

Osteoporoza

Częste infekcje dróg rodnych

Anemia z niedoboru żelaza

Częste obrzęki

Anemia z niedoboru witaminy B12

Choroby reumatyczne

Anemia z niedoboru kwasu foliowego

Reumatoidalne zapalenie stawów

Kłopoty z zasypianiem

Nie, nie cierpię na żadne z powyższych

Nadmierna senność po posiłku

Inne

Wzmożony apetyt

44. Jeśli zaznaczyłeś inne, napisz jakie masz problemy zdrowotne?

45. Czy cierpisz na alergie pokarmowe?

Tak

Nie

46. Jeśli zaznaczyłeś TAK, napisz na jakie?

47. Czy cierpisz na nietolerancje pokarmowe?

Tak

Nie

48. Jeśli zaznaczyłeś TAK, napisz na jakie?

49. Czy masz problemy skórne?

Tak

Nie

50. Jeśli zaznaczyłeś TAK, napisz jakie?

51. Czy przebyłaś/eś choroby nowotworowe?

Tak

Nie

52. Jeśli zaznaczyłaś TAK, napisz jakie?

53. Jak długo chorujesz na wyżej zaznaczone dolegliwości?

54. Czy osoby z Twojej najbliższej rodziny (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie) też chorują na te choroby? Jeśli tak, które dokładnie?

55. Czy miewasz jakieś dolegliwości (ból brzucha, ból głowy, zaparcia, biegunki)? Jakiej/jak często?

56. Jak często się wypróżniasz?

57. Zaznacz, jak wygląda Twój stolec:

Typ 1

Typ 2

Typ 3

Typ 4

Typ 5

Typ 6

Typ 7

Typ 1 Oddzielne zbite grudki podobne do orzechów, trudne do wydalania



Typ 2 Stolec o wydłużonym kształcie, grudkowaty



Typ 3 Stolec wydłużony, z pęknięciami na powierzchni



Typ 4 Smukłe, węzowate kawałki stolca, gładkie i miękkie



Typ 5 Miękkie drobiny z wyraźnymi krawędziami (łatwo wydalane)



Typ 6 Stolec papkowaty, kłaczkaste kawałki z postrzępionymi krawędziami



Typ 7 Wodnisty, bez stałych elementów (ciecz)



58. Pytania do kobiet:

• w jakim wieku dostałaś pierwszej miesiączki?

• czy Twoje miesiączki są regularne?

• czy Twoje miesiączki są bolesne?

• czy kiedykolwiek zdarzyło Ci się utracić miesiączkę na dłużej niż 3 miesiące?

59. Czy jest jeszcze coś, co chciałabyś mi przekazać, bym mogła Cię lepiej poznać? Co Cię do mnie sprowadza i czego oczekujesz w ramach naszej współpracy?

60. Wraz z ankietą proszę o przesłanie:

dzienniczka żywieniowego

wyników ostatnich badań laboratoryjnych, jeśli były wykonane w przeciągu ostatnich 6 miesięcy

innych istotnych wyników badań

* Akceptuję Regulamin (<https://foodboost.pl/regulamin>).

* Zgadzam się nad przetwarzanie moich danych wrażliwych (m.in. dot. zdrowia) do celów niezbędnych do realizacji umowy i prawidłowego jej wykonania zgodnie z Polityką prywatności (<https://foodboost.pl/polityka-prywatno%C5%9Bci>), przez Foodboost. Eliza Owczarek Diet & Training.

Jeśli dotyczy: zgadzam się na wykonanie usługi stworzenia jadłospisu przed upływem 14 dni. Wiem, że po jej otrzymaniu, stracę prawo do odstąpienia od umowy zgodnie z Regulaminem.

Zgadzam się nad przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych (m.in. dot. zdrowia) do celów edukacyjnych (w tym podczas prowadzonych szkoleń) zgodnie z Polityką prywatności przez Foodboost. Eliza Owczarek Diet & Training.

* (zaznaczenie obowiązkowe)

.....
Czytelny Podpis

Skan/zdjęcie wypełnionej ankiety proszę wysłać na adres email: sikoraclinic@gmail.com