

Wywiad zdrowotno-żywniowy

Poniżej znajdziesz szczegółowe pytania dotyczące Twojego zdrowia, stylu życia i żywienia. Pamiętaj, że jestem tutaj, żeby Ci pomóc - nie oceniać. Idealnie wypełnione okienka może będą pięknie wyglądać i pokażą mi jaki masz cel, ale na ich podstawie nic się w Twoim życiu nie zmieni. Może właśnie szczere odpowiedzi na poniższe pytania uświadomią Ci coś ciekawego o Twojej codzienności?

Nie przejmuj się ilością pytań - podzieliłam je na kilka sekcji, więc w każdej chwili możesz zrobić sobie przerwę i wrócić do wypełniania. Same pytania wymagają od Ciebie zazwyczaj tylko wyboru odpowiedniej odpowiedzi, więc obiecuję, że ręki nie zmęczysz.

Czy wyrażasz zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w wywiadzie zdrowotno-żywniowym na potrzeby opracowania indywidualnych zaleceń lub procedur dietetycznych i psychodietetycznych prowadzonych przez Kingę Goździk, ul. KRańcowa 56/31, 61-036 Poznań?

Tak

Nie

Czy oświadczasz, że zapoznałaś(-eś) się z informacjami na temat wybranej procedury dietetycznej, dostępnymi na stronie internetowej www.przyprawiona.com lub zostałaś(-eś) o nich poinformowany?

Tak

Nie

DANE PERSONALNE

Imię i nazwisko

Wiek

Adres e-mail

Preferowana forma kontaktu

- Skype - nazwa użytkownika:
 - Whatsapp - numer telefonu:
 - Google Hangouts - numer telefonu:
 - Rozmowa telefoniczna - numer:
 - Mailowo
 - Inna:
-

Preferowana godzina kontaktu

- Poranne
 - Wczesne popołudnie
 - Późne popołudnie
 - Godziny wieczorne
 - Bez znaczenia
-

POMIARY CIAŁA

Wzrost

Masa ciała obecna

Zmiany masy ciała – czy kiedyś
ważyłaś (-eś) znacznie mniej lub więcej?

Obwód talii

Obwód bioder

NASZA WSPÓŁPRACA

Jakie są Twoje główne oczekiwania/cel dotyczące naszej współpracy?

Czy chcesz osiągnąć coś jeszcze w kwestii zdrowia, wyglądu lub samopoczucia?

Na czym chciałabyś (-łbyś) skupić się na pierwszej konsultacji?

Z których pomocy żywieniowych do tej pory korzystałaś (-eś)?

- Współpraca z dietetykiem/psychodietetykiem
 - Jadłospis indywidualny
 - Gotowy jadłospis (bez wywiadu czy konsultacji)
 - Książki dietetyczne
 - Posty/głodówki/detoks
 - Liczenie kalorii
 - Inne:
-

WYWIAD ZDROWOTNY - DZIECIŃSTWO

Czy urodziłaś (-eś) się o czasie? Tak Nie Nie wiem

Sposób urodzenia Siły natury Cesarskie cięcie

Czy byłaś (-eś) karmiona (-y) mlekiem matki? Tak Nie Nie wiem

Czy w dzieciństwie miałaś (-eś) problemy z masą ciała? Jakiej? Nie Tak,

Czy w dzieciństwie często chorowałaś (-eś) i przechodziłaś (-eś) liczne antybiotykoterapie? Tak Nie

PRACA, AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA I SEN

Jaki zawód wykonujesz?

Jaki charakter ma Twoja praca? Siedząca Umiarkowany ruch Duży ruch

Tak, pracuję w godzinach:

Czy pracujesz zmianowo? Nie, pracuję w godzinach:

Tak

Tak, ale muszę się spieszyć

Czy masz przerwy w pracy wystarczające na spożycie posiłku? Nie, jem tam, gdzie pracuję

Nie, nie mam czasu

Funkcjonowanie w ciągu dnia Wstaję o, kładę się spać o
W weekend wstaję o, kładę się spać o

Zazwyczaj się wysypiam i nie potrzebuję drzemki

Raczej się wysypiam, czasem potrzebuję drzemki

Mam problemy ze snem, raczej nie wysypiam się

Jak oceniasz jakość swojego snu? W nocy śpię, ale w ciągu dnia często przysypiam

Które zdanie opisuje najlepiej Twoją aktywność fizyczną? Prowadzę siedzący tryb życia, brak ćwiczeń fizycznych w ciągu tygodnia.

Prowadzę siedzący tryb życia, 2-3 razy w tygodniu uprawiam aktywność fizyczną trwającą ok. 1 h.

Prowadzę średnio aktywny tryb życia, a moja codzienna aktywność fizyczna trwa do 1 h.

Prowadzę aktywny tryb życia, a moja codzienna aktywność trwa dłużej niż 1 h.

Pracuję fizycznie lub codziennie wykonuję duży wysiłek fizyczny

Jak często pojawia się u Ciebie dodatkowa aktywność fizyczna?

Co jest Twoją ulubioną aktywnością?

Zwracasz uwagę na to, co jesz i pijesz podczas wysiłku? Tak Nie

WYWIAD ZDROWOTNY

Czy obecnie występują u kogoś w rodzinie problemy z masą ciała?
U kogo i jakie?

Nie, u nikogo
 Tak, u

Czy przebyłaś (-eś) jakiegokolwiek zabiegi lub operacje? Jakie i kiedy?

Nie
 Tak,

Jak często się wypróżniasz?

Czy stosujesz środki wspomagające wypróżnianie? Jakie i jak często?

Nie
 Tak,

Czy palisz?

Tak Nie

Jak oceniasz swoją odporność w skali 1-10?

Czy miałaś (-eś) okresy długotrwałej antybiotykoterapii?

Tak Nie

Jak stres wpływa na ilość zjedanego przez Ciebie pożywienia?

Zjadam więcej, zjadam stres
 Zjadam mniej, tracę apetyt
 Stres nie ma znaczenia

ALERGIE I NIETOLERANCJE

Czy masz jakiegokolwiek nietolerancje pokarmowe (np. laktoza)?
Jakie i od kiedy?

Nie
 Tak,

Czy masz jakiegokolwiek alergię pokarmowe? Jakie i od kiedy?

Nie
 Tak,

Czy masz jakiegokolwiek alergię (sierść, pyłki, kurz, inne)? Jakie i od kiedy?

Nie
 Tak,

STAN ZDROWIA

Czy cierpisz na którąkolwiek z poniższych chorób, potwierdzoną przez lekarza?

	Kiedy stwierdzono?	Przyjmowane leki	Znasz zasady żywienia w chorobie?
Cukrzyca			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Nieprawidłowe poziomy glukozy we krwi			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Insulinooporność			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Nadciśnienie			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Miażdżyca			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Otyłość			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Depresja			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Choroby nowotworowe			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Obturacyjny bezdech senny			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Migrena			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Niedokrwistość			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Przebyty udar			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Choroby serca Niewydolność Zawał Inne:			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Choroby nerek Kamienie Dializy Inne:			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Zespół policystycznych jajników (PCOS)			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Choroby tarczycy Niedoczynność Nadczynność Hashimoto ch.Gravesa-Basedowa Guzki Inne:			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Choroby wątroby: Stłuszczenie Marskość Niewydolność Zapalenie Inne:			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Choroby trzustki Ostre zapalenie Przewlekłe zapalenie Inne:			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Choroby skóry Łuszczyca Grzybica Rogowacenie ciemne Inne:			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osteoporoza			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
RZS - reumatoidalne zapalenie stawów			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Dna moczanowa			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Miejsce, na Twoje uwagi odnośnie stanu zdrowia:

STAN PRZEWODU POKARMOWEGO

Zaznacz, które z poniższych stanów i dolegliwości Cię dotyczą.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wrzody żołądka | <input type="checkbox"/> Wzdęcia |
| <input type="checkbox"/> Wrzody jelita | <input type="checkbox"/> Gazy |
| <input type="checkbox"/> Polipy jelita | <input type="checkbox"/> Hemoroidy |
| <input type="checkbox"/> Refluks | <input type="checkbox"/> Celiakia |
| <input type="checkbox"/> Kamica woreczka żółciowego | <input type="checkbox"/> zespół jelita drażliwego |
| <input type="checkbox"/> Usunięty woreczek żółciowy | <input type="checkbox"/> Inne: |

LEKI I SUPLEMENTY DIETY

Czy przyjmujesz leki inne, niż wymienione
wyżej? Np. antykoncepcyjne

Nie
 Tak,

Czy przyjmujesz suplementy diety?
Np. preparaty multiwitaminowe

Nie
 Tak,

Czy przyjmujesz preparaty
ziołowe/wyciągi z ziół/herbatki?

Nie
 Tak,

PYTANIA DO KOBIET

Czy byłaś w ciąży?

Tak Nie

Przyrost masy ciała w każdej ciąży

Czy przeszłaś menopauzę?

Tak Nie

Czy miesiączkujesz regularnie?

Tak Nie Nie dotyczy

WYWIAD ŻYWIENIOWY

Ponownie poproszę Cię o maksymalną szczerość. Nie masz żadnego powodu do wstydu, a ja nie wyciągam żadnych konsekwencji. Potraktuj to jako własny rachunek sumienia, który będzie też instrukcją do wprowadzenia zmian.

Głęboki wdech i zapraszam do wyznań. :)

W jakich porach masz największą ochotę na jedzenie?

<input type="checkbox"/> Rano	<input type="checkbox"/> Równomiernie
<input type="checkbox"/> Wieczorem	<input type="checkbox"/> Inne:

Czy są potrawy, po których źle się czujesz?

<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak,
------------------------------	-------------------------------------

Ile posiłków spożywasz w ciągu dnia i przy jakiej ilości czujesz się najlepiej?

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)

O jakich porach jesz posiłki?

Który z posiłków jest najbardziej obfity?

Czy po posiłku czujesz się senna(-y) lub osłabiona(-y)?

<input type="checkbox"/> Tak, często	<input type="checkbox"/> Rzadko
<input type="checkbox"/> Czasami	<input type="checkbox"/> Nie, raczej nigdy

Czy podjadasz pomiędzy posiłkami?

<input type="checkbox"/> Tak, zazwyczaj	<input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> Tak, czasami	<input type="checkbox"/> Inne:

Jeżeli podjadasz, to co najczęściej?

Jak często pojawiają się w Twojej diecie fastfoody (pizza, hot-dog, itp.)?

Jak często spożywasz produkty instant, np. Gorący Kubek, zupka chińska?

Jak często używasz gotowych sosów do dań, majonezu czy ketchupu?

Wiesz ile wody wypijasz w ciągu dnia?

Jaką wodę wybierasz? Np. z filtra,
butelkowaną marki X, smakową marki Y

Pijesz kawę? Jaką i ile dziennie? Nie piję Tak,

Pijesz herbatę? Jaką i ile dziennie? Nie piję Tak,

Pijesz coś jeszcze? Soki, napoje
gazowane, własne przetwory? Nie piję Tak,

Wino białe słodkie/wytrawne,

Wino czerwone słodkie/wytrwane,

Piwo (jakie?)

Wódka,

Inne:

Jaki alkohol spożywasz i jak często?

Nie słodzę

Kawę:

Słodzisz kawę/herbatę? Czym i ile?

Herbatę:

Owoce

Jakie lubisz najbardziej i jak często je jesz?

Warzywa

Jakie lubisz najbardziej i jak często je jesz?

Jakich w ogóle nie lubisz?

Jakich w ogóle nie lubisz?

Czy lubisz i jak często spożywasz dany produkt?

	Lubisz?	Jak często spożywasz?
Kasze		
Jęczmienna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Jaglana	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Gryczana	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Manna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Kuskus	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Inne:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Makarony		
Jasne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Pełnoziarniste	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Sojowy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Ryżowy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Inne:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Ryż		
Biały	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Brązowy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Inne:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Płatki		
Owsiane górskie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Owsiane błyskawiczne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Jaglana	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Kukurydziane	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Musli/Granola	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Czekoladowe	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Inne:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Pieczywo		
Jasne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Pełnoziarniste	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Graham	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Typu Wasa	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Mleczne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Drożdżówka	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Pączek	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Inne:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu

	Lubisz?	Jak często spożywasz?
Ziemniaki		
Gotowane	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Puree	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Pieczone	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Inne:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Rośliny strączkowe		
Fasola	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Bób	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Groch	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Soja	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Ciecierzycza	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Soczewica	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w miesiącu
Orzechy, nasiona, pestki		
Orzechy		
włoskie/laskowe/nerkowca	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Migdały	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Siemię lniane	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Nasiona chia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Nasiona słonecznika	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Pestki dyni	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Wiórki kokosowe	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Inne:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Nabiał		
Mleko (ile%?)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Kefir	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Maślanka	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Jogurt naturalny	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Jogurt owocowy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Jogurt (jaki?)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Nabiał 2		
Twaróg		
chudy/półtłusty/tłusty	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Ser żółty	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Ser topiony	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Ser typu feta	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Ser typu mozzarella	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Inne:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu

Lubisz?

Jak często spożywasz?

	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Jaja			
Ryby			
Dorsz	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Łosoś	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Pstrąg	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Śledź	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Inne:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Mięso i pochodne			
Kabanosy	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Kiełbasy (jakie?)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
.....			..... w tygodniu
Wędliny (jakie?)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
.....			..... w tygodniu
Parówki	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Konserwy	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Pasztety	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Boczek	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu
Inne:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	..... w tygodniu

Jakie mięso spożywasz i jak często?

- Kurczak
- Indyk
- Gęsiną
- Wołowina
- Wieprzowina
- Cielęcina
- Baranina
- Inne:

Jak najczęściej przyrządzasz mięso?

Gotuję Piekę

Smażę Duszę

Jaki rodzaj tłuszczu używasz do:

Smarowania kanapek:

Smażenia:

Sałatek:

Pieczenia mięsa:

Pieczenia ciast:

- 1) Oliwa z oliwek
- 2) Olej rzepakowy
- 3) Olej słonecznikowy
- 4) Olej kokosowy
- 5) Masło
- 6) Margaryna
- 7) Smalec
- 8) Słonina

Jadasz zupy?

Tak

Nie

Jakich przypraw w kuchni używasz?

np. sól, kucharek, tymianek

Jak często jadasz pasty kanapkowe?

1) warzywne, np. hummus:

2) masło orzechowe:

3) typu Nutella:

Jakie są Twoje ulubione słodczyce i jak często je jesz?

Jakie są Twoje ulubione słone przekąski i jak często je jesz (np. paluszki, krakersy, popcorn)?

Jak często jadasz poza domem lub zamawiasz dania na wynos?

Kto gotuje u Ciebie w domu i dla ilu osób?

Czy masz dostęp do własnych wyrobów?

Tak

Nie

Które zdanie najlepiej opisuje Twoje umiejętności kulinarne?

Przypalam wodę na herbatę

przygotuję proste dania, jak jajecznica

Z przepisem ugotuję prawie wszystko

Potrafię gotować, ale bez wielkiej przyjemności

Uwielbiam gotować i eksperymentować w kuchni

W jakim sklepie najczęściej robisz zakupy spożywcze?

Biedronka

Lidl

Kaufland

Carrefour

Żabka

Tesco

Sklep osiedlowy

Inny:

Czy wiesz ile wydajesz na żywność tygodniowo/miesięcznie?

Nie

Tak, około

Czy jest coś jeszcze, o czym powinnam wiedzieć?

TY I TWOJE ŻYWIENIE

Masz jakikolwiek nawyk, który uniemożliwia Ci zdrowe odżywianie?

- Jesz wtedy, gdy jesteś głodna(-y)?
- Tak, tylko wtedy
 - Jem zgodnie z porami posiłków w moim domu
 - Sięgam po jedzenie z różnych powodów:
 - jem, gdy mam coś pod ręką
 - jem, gdy się zdenerwuję
 - jem, gdy coś silnie przeżywam
 - inne:
-

Czy miewasz napady głodu? Tak Nie

Z czego nie jesteś w stanie zrezygnować?

Czy są produkty, które jesz, choć czujesz, że nie powinnaś(-nieeś)?

- Zwracasz uwagę na skład produktów, które kupujesz?
- Tak, zazwyczaj
 - Nie, ale wybieram te znane jako zdrowe
 - Nie, bo nie wiem czego szukać
 - Nie, bo szkoda mi czasu
-

Jak oceniasz swój wygląd w skali 1-10?

Czego nie lubisz w swoim ciele?

Czy jesteś zadowolona(-y) ze swojej masy ciała? Tak Nie, chciałabym(-łbym):

Czy doświadczyłaś(-eś) efektu jo-jo? Tak Nie

Jak oceniasz swoją motywację w skali 1-10?

Czy po przeczytaniu wszystkich pytań do Ciebie, masz jakieś pytania do mnie?
