

## ANKIETA PRZED WIZYTĄ W PORADNI DIETETYCZNEJ



1. Jakie są Pani/Pana oczekiwania?
  - a. chcę schudnąć
  - b. chcę przytyć
  - c. potrzebuję jednorazowej konsultacji
  
2. Jaki ostateczny cel chciałaby Pani/ Pan osiągnąć?
  - a. poprawa samopoczucia, przeciwdziałanie chorobie
  - b. zmiana wyglądu
  - c. chcę nauczyć się zasad prawidłowej dla mnie diety
  
3. Czy ma Pani/Pan dolegliwości, cierpi na choroby?
  - a. tak (jakie?)
  - b. nie
  
3. Czy przyjmuje Pani?Pan na stałe leki?
  - a. tak (jakie?)
  - b. nie
  
4. Czy ma Pani/Pan stwierdzone alergie pokarmowe?
  - a. tak (jakie?)
  - b. nie
  
5. Proszę wypełnić poniższą tabelę posiłków przez 7 dni, podając godziny zwyczajowe wielkości porcji np. 1 kromka, 1 szt/opakowanie, plasterki

Nazwa oraz godzina posiłku						
Poniedziałek						
Wtorek						

Środa						
Czwartek						
Piątek						
Sobota						
Niedziela						
Podsumowanie ilości wypijanych płynów i kawy						