



Holistyczna

Terapia

Żywieniem

www.evital.net.pl

Proszę o uzupełnienie kwestionariusza, odpowiadając na wszystkie pytania. Jeśli na któreś z pytań nie znasz odpowiedzi, postaw kreskę - . Przy pytaniach, w których jest odpowiedź TAK/NIE zaznacz odpowiedź, która dotyczy Ciebie.

KWESTIONARIUSZ ZDROWOTNO-ŻYWIENIOWY

Imię i Nazwisko :	
Data urodzenia (dd-mm-rr)	
Adres mailowy:	
Numer telefonu :	

Powód konsultacji :

Proszę wskazać problem oraz od jakiego czasu występuje, np.: otyłość, cukrzyca, depresja, problemy hormonalne, nadczynność tarczycy lub niedoczynność tarczycy, problemy trawienne, problemy żołądkowe, bóle brzucha (gazy, wzdęcia, zaparcia), alergie pokarmowe

1	Aktualna masa ciała (kg)	
2	Czy Twoja masa ciała jest stabilna?	TAK NIE
3	Wzrost (cm)	

4	Czy przyjmujesz jakieś leki na stałe? Jeśli tak, to proszę podać jakie	
5	Proszę podać grupę krwi	
6	Czy występują u Ciebie jakieś choroby? Jeśli tak, to wymień je oraz czas ich trwania	

7	Jaka jest Twoja kondycja psychiczna?	bardzo dobra dobra słaba zła
8	Jak ocenisz poziom stresu w ciągu dnia w skali od 1-10?	
9	Jaka jest Twoja jakość snu?	przesypiam całą noc budzę się w nocy (ile razy)
10	Ile godzin śpisz?	8 h mniej niż 8 h Czy potrzebujesz snu w ciągu dnia? TAK NIE
11	Jak się czujesz w ciągu dnia, jaki jest Twój stopień energii fizycznej?	bardzo dobry dobry niski bardzo niski
12	Jak się pocisz?	intensywnie średnio brak potu

13	Czy Twój pot intensywnie pachnie?	TAK	NIE
14	Jaka jest kondycja Twoich włosów, skóry i paznokci?	włosy: skóra: paznokcie:	
15	Jak często oddajesz mocz?	W dzień : bardzo często często rzadko normalnie	w nocy: w ogóle raz dwa więcej
16	Jak często się wypróżniasz?	1 raz dziennie 2 razy dziennie co 2 dzień inne?	
17	Jaka jest konsystencja stolca?	np. biegunki twarda- zaparcia uformowana inna, jaka?	
18	Jaki rodzaj pracy wykonujesz?	siedzący fizyczny nie pracuję	

19	Jaka jest Twoja aktywność fizyczna?	<p>leżąca mała aktywność umiarkowana aktywna</p> <p>Jeśli uprawiasz sport, napisz jaka to dyscyplina:</p>
20	Jak często ćwiczysz, ile dni w tygodniu?	<p>poniedziałek wtorek środa czwartek piątek sobota niedziela nie dotyczy</p>
21	Czy palisz papierosy?	TAK NIE
22	Czy pijesz alkohol?	TAK NIE
23	Czy stosujesz dietę lub ograniczasz pokarmy?	<p>TAK NIE</p> <p>Jaką dietę stosujesz?</p> <p>Jakie pokarmy ograniczasz?</p>
24	Czy stosowałaś/eś dietę odchudzającą w ostatnich 6 miesiącach?	TAK NIE

25	Czy pijesz herbatę ?	<p style="text-align: center;">TAK NIE</p> <p>Jeśli TAK, to jak często?</p> <p>Jakie dodatki do niej stosujesz?</p>
26	Czy pijesz kawę?	<p style="text-align: center;">TAK NIE</p> <p>Jeśli TAK, to ile dziennie?</p> <p>Czy dodajesz do niej mleko? Jakie?</p>
27	Czy pijesz zioła?	<p style="text-align: center;">TAK NIE</p> <p>Jeśli TAK, to jakie?</p> <p>Ile razy dziennie?</p>
28	Czy pijesz napoje gazowane?	<p style="text-align: center;">TAK NIE</p> <p>Jeśli TAK, to jakie?</p>
29	Czy pijesz wodę ?	<p style="text-align: center;">TAK NIE</p> <p>Jeśli TAK, to ile?</p> <p>Jaką? Z jakimiś dodatkami?</p>

30	Ile posiłków dziennie spożywasz?	
31	Czy podjadasz między posiłkami?	TAK NIE Jeśli TAK to podaj co jesz, jak często?
32	Czy spożywasz suplementy diety?	TAK NIE Jeśli TAK, to jakie?
33	Wymień produkty, których nie lubisz	
34	Podaj produkty, które lubisz	

35	Jakie produkty najczęściej występują w Twojej diecie?	<p>Źródła białka: np. mięso jakie?, jaja, mleko</p> <p>Źródła tłuszczu np.: masło, smalec (jaki?), oleje (jakie?)</p> <p>Źródła węglowodanów: np. pieczywo, zboża, kasze</p>
----	---	--

OŚWIADCZENIE I ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Usług zdrowotno-żywnościowych zamieszczonych na stronie www.evital.net.pl i akceptuję jego warunki. Ponadto wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w podanym wyżej zakresie przez EVITAL – Holistyczna Terapia Żywieniem Elżbieta Muszyńska z siedzibą w Strzelce Górne , przy ul. Klonowej 1 86-022 Strzelce Górne , NIP: 9561938607 , REGON: 524251096 w celu uzyskania poradnictwa w zakresie profilaktyki zdrowotnej.

Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail na adres naszej firmy spod adresu, którego zgoda dotyczy.

.....
Data , miejsce i podpis osoby