**KARTA WYWIADU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko uczestnika** |  |
| **PESEL** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |

1. Czy rodzice cierpią na nadwagę/otyłość?

□ tak □ nie

1. Alergie pokarmowe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Przyjmowane leki: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Przyjmowane suplementy diety: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Przebyte choroby: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Czy chorujesz przewlekle? Jeśli tak, proszę wymienić schorzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Alergie (nie tylko pokarmowe): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Czy odczuwasz którąkolwiek z poniższych dolegliwości?

|  |  |
| --- | --- |
| **Dolegliwości** | **Tak/Nie** |
| Bezsenność lub zaburzenia snu |  |
| Zmęczenie i brak energii |  |
| Bóle głowy |  |
| Problemy z trawieniem (niestrawność, zaparcia, spowolnione trawienie, wzdęcia, uczucie przelewania) |  |
| Problemy z cerą, skłonność do wysypek i egzem |  |
| Drażliwość, nerwowość, trudność z opanowaniem gniewu |  |
| Bóle stawów |  |

1. Główne nawyki żywieniowe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Produkty** | **Ile razy dziennie?** | **Wielkość porcji (sztuki/ szklanki/itp.)** |
| Kawa |  |  |
| Herbata |  |  |
| Cukier |  |  |
| Słodycze |  |  |
| Sól |  |  |
| Słone przekąski (krakersy, paluszki, chipsy, słone orzeszki itp.) |  |  |
| Napoje gazowane/niegazowane |  |  |
| Dania typu fast-food |  |  |
| Alkohol |  |  |
| Papierosy |  |  |
| Woda |  |  |

1. W jaki sposób reagujesz na sytuacje stresowe?   
   □ podjadaniem □ brakiem apetytu □ stres nie wpływa na mój apetyt
2. Czy podjadasz w wolnych chwilach, gdy np. nudzisz się lub oglądasz TV?  
   □ tak □ nie
3. Czy stosujesz jakąś dietę?

□ tak □ nie

1. Czy w przeszłości stosowałaś/stosowałeś dietę/y odchudzające

□ tak □ nie

Proszę opisać efekty: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Jak określiłabyś/określiłbyś tryb swojego życia?

Proszę opisać:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Twoim zdaniem prowadzona aktualnie przez Ciebie aktywność fizyczna w czasie wolnym jest na poziomie:

□ niskim□ umiarkowanym □wysokim

1. Jak spędzasz czas wolny?

Proszę opisać:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Określ swoje preferencje żywieniowe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Produkty** | **Preferowane** | **Nielubiane lub przeciwwskazane** |
| Zbożowe (takie jak pieczywo, kasza, ryż, makaron, płatki |  |  |
| Mięso |  |  |
| Ryby |  |  |
| Warzywa |  |  |
| Owoce |  |  |
| Mleczne |  |  |
| Inne |  |  |

1. Proszę dokończ zdanie:

*Nie wyobrażam sobie życia bez*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toruń, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis uczestnika programu)