

1. Imię i nazwisko						
2. Kontakt (Tel./email)						
3. Wiek						
4. Wzrost i masa ciała						
5. Obwód brzucha						
6. Obwód bioder						
7. Ile posiłków dziennie Pan/ Pani spożywa??						
8. Wykonywany zawód. Rodzaj pracy (siedząca/stojąca)??						
9. Godziny pracy (podaj godziny pracy w poszczególnych dniach).	Pon.	Wt.	Śr.	Czw.	Pt.	Sob.
10. Czy uprawia Pan/ Pani regularnie sport?? Jeśli tak to jaki i jak często??						
11. Czy je Pan/ Pani pomiędzy posiłkami?? Jeśli tak to co i w jakich sytuacjach??						
12. Jak często je Pan/ Pani słodczyce i jakie??						
13. Ile płynów dziennie Pan/ Pani wypija?? Proszę podać rodzaje płynów.						
14. Czy stosuje Pan/ Pani używki: papierosy, alkohol, kawa, mocna herbata?? Ile dziennie?? Jak często??						
15. Czy słodzi Pan/ Pani napoje?? Jeśli tak to czym i w jakich ilościach??						
16. Jakie pieczywo Pan/ Pani spożywa??						
17. Czym smaruje Pan/ Pani pieczywo??						
18. Jak często jada Pan/ Pani warzywa?? Jakiej najczęściej i w jakiej postaci??						
19. Jak często jada Pan/ Pani owoce?? Jakiej i w jakich ilościach??						
20. Preferowany smak potraw: słodki/ słony/ ostry/ ziołowy??						
21. Jakich przypraw używa Pan/ Pani do przygotowywania potraw??						
22. Produkty z których Pan/ Pani nie jest w stanie zrezygnować??						
23. Produkty nie lubiane??						
24. Najczęściej spożywane rodzaje mięsa?? Jak często jest spożywane?? Sposób obróbki?? (smażenie/ duszenie/gotowanie/inne)						
25. Czy je Pan/ Pani zupy?? Jakiej?? Jak często??						
26. Kiedy ma Pan/ Pani największą ochotę na jedzenie??						
27. Czy są produkty po których czuje się Pan/Pani źle??						
28. Czy aktualnie występują u Pana/ Pani dolegliwości/choroby związane z układem pokarmowym??						
29. Czy przyjmuje Pan/Pani leki?? Suplementy diety??						

Antykoncepcję hormonalną?? Jeśli tak to jakie??	
30. Czy ma Pan/Pani alergię na pokarmy?? Jeśli tak to na jakie??	
31. Jak często się Pan/Pani wypróżnia??	
32. Od kiedy ma Pan/Pani nadwagę??	
33. Czy stosował Pan/Pani diety odchudzające?? Jeśli tak to jakie??	
34. Z jakim efektem??	
35. Kiedy uczucie głodu było największe??	
36. Jak często jada Pan/Pani poza domem?? Jakie to są posiłki??	
37. Czy ktoś w rodzinie ma nadwagę??	
38. Ile chciałby Pan/Pani ważyć??	
39. Dlaczego chce Pan/Pani schudnąć?? ☺	
40. Wyniki badań	Proszę wpisać wartość poniższych parametrów oraz datę wykonywania badania
Ciepłota ciała mm/Hg	
Cholesterol całkowity mg/dl	
Cholesterol HDL mg/dl	
Cholesterol LDL mg/dl	
Trójglicerydy mg/dl	
Glukoza na czczo mg/dl	
Insulina	
Żelazo	
Hemoglobina	
Kwas moczowy	