

-
- / zespół wrzodzącego jelita nadciśnienie/niedociśnienie zaburzenia płciowe nadczynność tarczycy
 niedoczynność tarczycy nowotwory stany pooperacyjne.....
 Inne.....
 Czy ktoś z rodziny chorował na wyżej wymienione choroby

20. Jakie leki Pan(i) przyjmuje? (również: antykoncepcja, HTZ, suplementy)

.....

.....

.....

DLA KOBIET:

21. Czy regularnie Pani miesiączkuje? [TAK / NIE; co ile? ostatnia miesiączka

22. Czy obrzmiewa lub przybiera Pani na wadze przed miesiączką? [TAK / NIE]

23. Czy jest Pani w ciąży? NIE TAK który tydzień?

24. Czy była Pani w ciąży? NIE TAK ile razy?
Ile Pani przytyła w czasie ciąży?

25. Czy czuje się Pan(i) zestresowany(a) w codziennym życiu?
 często czasami rzadko

26. Czy podjada Pan(i) między posiłkami? [NIE / TAK]

27. Co Pan(i) pije? kawa, herbatę ile szklanek/ dzień?
 soki, woda mineralna [G / NG] ile szklanek/ dzień?

28. Maksymalne miesięczne wydatki na żywność: (proszę wpisać kwotę maksymalną lub poziom: mało, średnio dużo)

29. Produkty spożywcze:

owoce, warzywa, pieczywo, kasze, makarony, słodczyce, alkohol, ryby, owoce morza, nabiał, mięso.

a) za czym Pan(i) przepada?:

.....

.....

.....

c) czego Pan(i) nie lubi i nie tknie? (konkretne produkty, proszę o dokładną analizę):

.....

.....

.....

d) czy po jakimś konkretnym produkcie lub grupie produktów występują niepożądane skutki? (niestrawność, bóle brzucha, wzdęcia, biegunki, zaparcia, wysypki, świąd skóry, inne)?

.....

.....

.....

30. Rozkład zajęć, godziny posiłków, aktywność fizyczna:

| | | | |
|-------|-------|-------------|-------|
| 5.00 | ..... | 20.00 | ..... |
| 6.00 | ..... | 21.00 | ..... |
| 7.00 | ..... | 22.00 | ..... |
| 8.00 | ..... | 23.00 | ..... |
| 9.00 | ..... | 00.00 01.00 | ..... |
| 10.00 | ..... | 02.00 | ..... |
| 11.00 | ..... | 03.00 | ..... |
| 12.00 | ..... | 04.00 | ..... |
| 13.00 | ..... |  |  |
| 14.00 | ..... |  |  |
| 15.00 | ..... |  |  |
| 16.00 | ..... |  |  |
| 17.00 | ..... |  |  |
| 18.00 | ..... |  |  |
| 19.00 | ..... |  |  |

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Rodzaj uprawianej aktywności fizycznej:
.....
.....
.....

Częstotliwość uprawiania sportu:.....

Czy jest uprawiany regularnie? Tak Nie

Czy stosowane są odżywki białkowe lub inne suplementy wspomagające treningi? Tak Nie

Jeżeli tak, to jakie?
.....

Data i podpis:

.....

