

| Dane kontaktowe | |
|-----------------|--|
| Imię i nazwisko | |
| Rok urodzenia | |
| Nr telefonu | |
| E-mail | |

| | |
|------------|--|
| Grupa krwi | |
|------------|--|

| Status zawodowy (zakreśl właściwe) | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Uczeń/student | <input type="checkbox"/> Nie pracuję |
| <input type="checkbox"/> Pracuję zawodowo | <input type="checkbox"/> Emeryt/rencista |
| Wykonywany zawód | |
| Opisz specyfikę swojej pracy lub jeśli jesteś osobą niezatrudnioną jak przebiega twój dzień | |

| Parametry ciała (dla osób wysyłających dokumenty mailem) | |
|--|---|
| Waga: | kg |
| Wzrost: | cm |
| Obwody: | Obwód klatki piersiowej: cm Obwód tali: cm Obwód w pasie na wysokości pępka: cm Obwód bioder: cm Obwód uda w najszerszym miejscu: cm Obwód łydki: cm |
| W jaki sposób dowiedziałeś/-aś się o Pure Diet? | |
| Jakiego typu pomocy poszukujesz? (zaznacz właściwe) | <input type="checkbox"/> Konsultacja <input type="checkbox"/> Dieta odchudzająca <input type="checkbox"/> Dieta w chorobie |
| Czy kiedykolwiek się odchudzałeś/-aś? Jeśli tak, jaka była specyfika diety – dieta na bazie kalorii, efekty, dieta eliminacyjna? Czy była to dieta skomponowana przez specjalistę, czy też „na własną rękę”? | |
| Jakie są Twoje oczekiwania co do współpracy ze mną? | |

| | |
|--|----|
| Jaka powinna być Twoim zdaniem idealna dieta? | |
| Co jest dla Ciebie szczególnie trudne w czasie odchudzania? | |
| Co szczególnie będzie motywowało Cię do konsekwentnej pracy? Utrata masy ciała, lepsze samopoczucie? | |
| Jaka jest Twoja idealna masa ciała? | kg |

| Odżywianie | |
|------------|--|
| 1. | Gdzie najczęściej jesz posiłki? Dom, „na mieście” |
| 2. | Jeśli „na mieście” co to najczęściej jest? |
| 3. | Czy przygotowujesz sobie posiłki do pracy? Jakie? |
| 4. | Kto gotuje w domu? |
| 5. | Które produkty spożywcze szczególnie lubisz? Mączne – kluski, pierogi; mięso; warzywa; owoce; słodczy; |
| 6. | Ile posiłków jadasz w ciągu dnia? |
| 7. | Co najczęściej jadasz na śniadanie? |
| 8. | Co najczęściej jadasz na obiad? |
| 9. | Co najczęściej jadasz na kolację? O której? |
| 10. | Czy jadasz 2 śniadanie, podwieczorek? Co to jest? |

| | | |
|-----|---|--|
| 11. | Który posiłek jest najbardziej obfity? | |
| 12. | Gdzie najczęściej robisz zakupy spożywcze? | |
| 13. | Czy kupujesz dania gotowe? Pierogi, kotlety, sałatki; | |
| 14. | Czy piesz wodę? Ile litrów? | |
| 15. | Czy pijesz wody smakowe, napoje gazowane? Jakie i ile? | |
| 16. | Czy pijesz kawę? Jaką? Ile? Z mlekiem, cukrem? Do posiłku? | |
| 17. | Czy pijesz herbatę? Jaką? Cukier? Do posiłku? | |
| 18. | Nabiał (jogurty naturalne, jogurty owocowe, mleko, maślanki, kefiry, ser twarogowy, ser żółty, sery pleśniowe, sery dojrzewające – jak często, ile procent, jakie ilości) | |
| 19. | Czy jadasz mięso? (drób, wieprzowina, wołowina, podroby, dziczyzna – ile, jak często) | |
| 20. | Czy jadasz ryby, owoce morza? Jak często, jakie? | |
| 21. | Czy jadasz grzyby (pieczarki, boczniki, shitake) | |
| 22. | Czy jadasz rośliny strączkowe? (Fasola, soczewica, soja- ile jak często) | |
| 23. | Czy jadasz jaja? Jak przygotowane, jak często, ile sztuk jednocześnie? | |

| | | |
|-----|---|--|
| 24. | Czy jadasz owoce? Jakie, jak często? | |
| 25. | Czy jadasz warzywa? Jakie, jak często? | |
| 26. | Czy stosujesz w kuchni produkty instant? (sosy, zupki, zupy) | |
| 27. | Czy jadasz pieczywo? Jakie, jak często? | |
| 28. | Czy jadasz makarony, ryże, kasze? Jak często? | |
| 29. | Czy jadasz produkty mączne: kluski, pierogi kopytka? Jak często? | |
| 30. | Czy stosujesz przyprawy tj. kostki rosółowe, Magi, przyprawy typu Vegeta. | |
| 31. | Czy stosujesz zioła w kuchni? | |
| 32. | Czy stosujesz majonez, keczup? Jaki? | |
| 33. | Stosujesz masło, czy margarynę? | |
| 34. | Czy jadasz dżemy, miody, czekoladę do smarowania pieczywa, masło orzechowe? | |
| 35. | Jakiego oleju używasz? | |
| 36. | Na jakim tłuszczu smażysz? | |

| | | |
|-----|---|--|
| 37. | Produkty spożywcze, które szczególnie lubisz | |
| 38. | Produkty spożywcze, które zjesz w ostateczności | |
| 39. | Produkty spożywcze, których absolutnie nie lubisz | |

| Stan zdrowia | | |
|--------------|---|--|
| 1. | Przebyte operacje; jakie; kiedy; | |
| 2. | Choroby zdiagnozowane przez lekarza? Jakie? | |
| 3. | Leki przepisane przez lekarza? Jakie? | |
| 4. | Chroniczne dolegliwości: bóle brzucha, bóle głowy, zmęczenie, zmiany skórne, kaszel, katar, bóle stawów, biegunki, zaparcia, itp. | |
| 5. | Czy masz nadciśnienie? Jakie? | |
| 6. | Jaki masz poziom cholesterolu? | |
| 7. | Jaki masz poziom trójglicerydów? | |
| 8. | Poziom cukru na czczo. | |
| 9. | Czy przyjmujesz suplementy diety? Jakie? | |
| 10. | Czy palisz papierosy? | |

| Aktywność fizyczna | | |
|--------------------|---|--|
| 1. | Czy uprawiasz regularnie aktywność fizyczną? Jaka? | |
| 2. | Jak często? | |
| 3. | Jaka forma aktywności fizycznej najbardziej Ci odpowiada? | |
| 4. | Czy masz jakieś przeciwwskazania dotyczące wybranych aktywności fizycznych? | |

| Pytania do kobiet | | |
|-------------------|--|--|
| 1. | Czy jesteś w ciąży? Który tydzień? Rozwiązanie. | |
| 2. | Która ciąża? | |
| 3. | Poronienia. Ile? | |
| 4. | Czy karmisz piersią? | |
| 5. | Czy jesteś w połogu? Który tydzień? | |
| 6. | Czy planujesz ciążę? | |
| 7. | Czy miesiączkujesz regularnie? | |