

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; słodkie;
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, boczniaki, 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?	