

Proszę o uzupełnienie kwestionariusza możliwie szczegółowo, odpowiadając na wszystkie pytania. Jeśli któreś z pytań narusza Twoją prywatność proszę o pominięcie pytania, niemniej jednak pamiętaj, że im dokładniejsza odpowiedź zgodna z prawdą tym skuteczniejsza pomoc. Jeśli na któreś z pytań nie znasz odpowiedzi, proszę postaw kreskę „-”. Przy pytaniach, w których jest odpowiedź TAK/NIE lub są wymienione gotowe opcje odpowiedzi zaznacz tę, która dotyczy Ciebie. POWODZENIA!

KWESTIONARIUSZ ZDROWOTNO-ŻYWIENIOWY

Imię i Nazwisko:	
Data urodzenia (dd-mm-rr)	
Adres mailowy:	
Numer telefonu	

Główny powód konsultacji: (Należy wskazać kwestię/e problemową/e oraz od jak dawna istnieje problem: np. problemy hormonalne: niedoczynność/nadczynność tarczycy, trawienne, otyłość, alergia pokarmowa, astma, cukrzyca, bezsenność, depresja itd. Uwaga! Im dokładniejszy opis tym skuteczniejsza pomoc)	
--	--

1.	Aktualna masa ciała (kg):	
2.	Czy masa ciała jest stabilna?	☐ TAK ☐ NIE Jeśli NIE to podaj w przybliżeniu najwyższą i najniższą masę ciała: Najwyższa: Najniższa:
3.	Wzrost (cm)	

4.	Grupa Krwi (jeśli jest znana)	
5.	Choroby/dolegliwości zdrowotne rodziców:	
6.	Czy zostały zdiagnozowane/występują u Ciebie wymienione choroby? Jak długo występują? (napisać przy danej chorobie)	☐ wysoki poziom cholesterolu całkowitego ☐ wysoki poziom trójglicerydów ☐ miażdżyca ☐ cukrzyca typu I ☐ cukrzyca typu II ☐ cukrzyca ciążowa ☐ choroba wrzodowa żołądka ☐ choroba wrzodowa dwunastnicy ☐ zespół jelita drażliwego ☐ nadmierne wzdęcia ☐ nadczynność tarczycy ☐ niedoczynność tarczycy ☐ choroba Gravesa Basedowa ☐ Hashimoto ☐ wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C ☐ nadciśnienie tętnicze ☐ choroba wieńcowa ☐ kamica żółciowa ☐ marskość wątroby ☐ przewlekłe zapalenie trzustki ☐ celiakia ☐ nietolerancja laktozy ☐ nietolerancja glutenu/alergia na gluten ☐ kamica nerkowa ☐ niewydolność nerek ☐ dna moczanowa ☐ PCOS



	Czy zostały zdiagnozowane/występują u Ciebie wymienione choroby? Jak długo występują? (napisać przy danej chorobie)	☐ endometrioza ☐ osteoporoza ☐ anemia z niedoboru żelaza ☐ anemia z niedoboru B12 ☐ kłopoty z zasypianiem ☐ nadmierna senność po posiłku ☐ wzmożony apetyt ☐ alergie wziewne ☐ problem z wypadaniem włosów ☐ problem z łamiącymi się paznokciami ☐ ciągłe zmęczenie ☐ częste infekcje dróg rodnych ☐ częste obrzęki ☐ reumatoidalne zapalenie stawów ☐ borelioza ☐ inne	
7.	Jakie są objawy zdiagnozowanej choroby lub dolegliwości (dokładny opis)?		
8.	Czy chorobie towarzyszy ból?	☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK to w którym miejscu? Jeśli TAK to czy jest on punktowy czy „rozlany” na większym obszarze ciała?	

9.	Jaka jest kondycja psychiczna na co dzień?	☐ bardzo dobra ☐ dobra ☐ przeciętna ☐ słaba ☐ bardzo zła
10.	Jakie emocje dominują u Ciebie na co dzień?	smutek/żał/gniew/złość/rozdrażnienie/radość /napięcie/ pobudzenie/lęk/zamartwianie się /obsesja/strach/emocje neutralne/stan depresyjny/inne – jakie?
11.	Poziom odczuwania stresu w życiu codziennym w skali od 1 do 10	
12.	Jak oceniasz swoją odporność na stres w skali od 1 do 10.	
13.	Jaka jest jakość snu?	☐ przespana cała noc ☐ budzenie się w nocy (ile razy i w jakich odstępach): czy podjadasz w nocy: ☐ TAK ☐ NIE
14.	Ile średnio godzin poświęcasz na sen? Czy jest potrzeba snu w ciągu dnia? Podaj zwyczajowe godziny pójścia spać oraz pobudki.	Śpię średnio: godzin. Czy jest potrzeba snu w ciągu dnia?: ☐ TAK ☐ NIE Zwyczajowe godziny pójścia spać i pobudki: Idę spać ok. godziny Budzę się ok. godziny Mam poważne problemy z zaśnięciem i wstawaniem ☐
15.	Jaki jest odczuwalny stopień energii fizycznej (chęć do działania) na co dzień?	☐ bardzo dobry ☐ dobry ☐ przeciętny ☐ niski ☐ bardzo niski



16.	Jaka jest intensywność pocenia się?	☐ intensywna ☐ średnia ☐ umiarkowana ☐ brak potu	
17.	Czy pot ma intensywny zapach?	☐ TAK ☐ NIE	
18.	Jaka jest średnia częstotliwość oddawania moczu?	W dzień: ☐ bardzo często ☐ często ☐ średnio ☐ rzadko ☐ normalnie	W nocy: ☐ w ogóle ☐ raz ☐ dwa ☐ więcej niż dwa razy
19.	Jak często następuje wypróżnianie?	☐ 1 dziennie ☐ 2 razy dziennie, ☐ co 2 dni inne, jakie?	
20.	Jaka jest zazwyczaj konsystencja stolca?	np. ☐ rzadka - biegunki ☐ twarda - zaparcia ☐ zbyt twarda, ☐ uformowana, ☐ z resztkami niestrawionego pokarmu, ☐ raz rzadka raz twarda, inna jaka?	
21.	Jaka jest kondycja skóry, włosów i paznokci?	skóra: włosy: paznokcie:	

22.	Jaka jest codzienna aktywność fizyczna?	☐ leżący w łóżku ☐ mało aktywny ☐ umiarkowanie aktywny ☐ aktywny ☐ bardzo aktywny Jeśli umiarkowanie aktywny/aktywny/bardzo aktywny to jaki jest rodzaj aktywności?: Jeśli sportowiec wyczynowy to w jakiej dyscyplinie?:
23.	Częstotliwość aktywności fizycznej – należy wskazać dzień i godziny aktywności (jeśli dotyczy)	☐ poniedziałek ☐ wtorek ☐ środa ☐ czwartek ☐ piątek ☐ sobota ☐ niedziela ☐ nie dotyczy
24.	Jaki rodzaj pracy wykonujesz i w jakich godzinach pracujesz?	☐ siedzącą ☐ fizyczną ☐ mieszaną ☐ nie pracuję
25.	Czy palisz papierosy?	☐ TAK ☐ NIE
26.	Czy pijesz alkohol?	☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK to jak często, podaj rodzaj alkoholu:



27.	Czy stosujesz specjalną dietę lub ograniczenia żywieniowe?	☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK to jaką? Jakie ograniczenia żywieniowe?
28.	Czy stosowałaś/eś dietę odchudzającą w przeciągu ostatnich 6 miesięcy?	☐ TAK ☐ NIE
29.	Czy pijesz kawę?	☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK to jak często/ile razy dziennie? Jeśli TAK to z jakimi dodatkami?
30.	Czy pijesz herbatę?	☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK to jak często/ile razy dziennie? Jeśli TAK to z jakimi dodatkami?
31.	Czy pijesz zioła?	☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK to jakie najczęściej: Jeśli TAK to jak często/ile razy dziennie?
32.	Ile posiłków dziennie spożywasz?	
33.	Jakie napoje najczęściej spożywasz?	



34.	Podaj ilość wypijanych płynów dziennie. Jak scharakteryzujesz swoje pragnienie i picie wody/napojów?	około np. ☐ często spragniony/a – dużo pije ☐ spragniony/a – mało pije ☐ lekkie pragnienie ☐ spragniony/a woli zimne napoje ☐ spragniony/a woli ciepłe napoje ☐ duże pragnienie, pije ale się nie poci ☐ nie czuje pragnienia – mało pije inne jakie?
35.	Podaj produkty najczęściej występujące w Twojej diecie (wymień):	Źródła białka: mięso – drobiowe: kurczak, indyk, kaczka, gęś; wieprzowe; wołowe (cielęce); baranie (jagnięce); nabiał: mleko, śmietana, ser biały, żółty, pleśniowy, jajka, mleko, kefir, maślanka, jogurt; produkty bogatobiałkowe roślinne: groszek zielony, fasola, bób, soczewica, ciecierzycza, orzechy ziemne, włoskie, laskowe, migdały, sezam, soja, siemię lniane, słonecznik, pestki z dyni, ryby: Źródła tłuszczu - tłuszcze zwierzęce: masło, smalec np. wieprzowy, gęsi, kaczki; słonina, skwarki, masło klarowane; tłuszcze roślinne: oliwa, oleje roślinne, olej kokosowy, rzepakowy, lniany, z awokado, z orzechów, z pestek winogron, margaryny itd.: Źródła węglowodanów: zboża: pszenica, jęczmień, żyto, owies, orkisz, ryż, kukurydza, proso (jagły), sorgo, pieczywo, makarony, kasze, warzywa, przekąski typu batony, chipsy itd.: Dodatkowe informacje:



36.	Podaj produkty nielubiane:	
37.	Podaj produkty lubiane:	
38.	Czy jadasz zupy?	☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK to jak często w tygodniu?:
39.	Stosowane przyprawy	Jeśli TAK to jakie?:
40.	Czy została stwierdzona u ciebie alergia pokarmowa lub nietolerancja pokarmowa?	☐ TAK ☐ NIE Jeśli alergia to na co? Jeśli nietolerancja to czego?
41.	Czy potrawy przygotowujesz samodzielnie?	☐ TAK ☐ NIE
42.	Czy lubisz gotować?	☐ TAK ☐ NIE
43.	Ile czasu możesz poświęcić dziennie na przygotowanie posiłków?	☐ ok. 1 godziny ☐ ok. 1,5 godziny ☐ ok. 2 godzin

44.	Jakie techniki kulinarne najczęściej stosujesz?	☐ smażenie ☐ duszenie ☐ gotowanie ☐ pieczenie ☐ gotowanie na parze ☐ inne
45.	Jaki posiadasz sprzęt kuchenny?	☐ piekarnik ☐ parowar ☐ blender ręczny ☐ blender kielichowy ☐ rozdrabniacz, mikser ☐ waga kuchenna ☐ termomikser (thermomix lub inny podobny) ☐ wyciskarka/sokowirówka ☐ inne
46.	Czy jadasz często poza domem?	☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK to jak często? Podaj jakie są to produkty/potrawy:
47.	Czy podjadasz między posiłkami?	☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK to wymień co jesz:
48.	Czy robisz w dni wolne od mięsa?	☐ TAK ☐ NIE Jeśli tak to jak często w tygodniu?

49.	Czy spożywasz regularnie suplementy diety?	☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK to jakie?
50.	Czy przyjmujesz regularnie leki?	☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK to jakie?
51.	Czy przechodziłeś/eś zabiegi operacyjne w obrębie przewodu pokarmowego lub jamy brzusznej w przeciągu ostatnich 6 miesięcy	☐ TAK ☐ NIE
52.	Czy lubisz miód?	☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK to jak często go spożywasz?
53.	Czy lubisz ryby?	☐ TAK ☐ NIE Jeśli tak to jakie najchętniej wybierasz? Śledź/Dorsz/Morszczuk/Tilapia/Karp/Łosoś/Makrela/Pstrąg/Sardynki/Inne Czy lubisz krewetki? ☐ TAK ☐ NIE Czy lubisz owoce morza? ☐ TAK ☐ NIE
54.	Czy często jadasz wymienione owoce: jabłka, winogrona, banany	☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK to które? Jak często są jedzone?

Dotyczy tylko kobiet: *pyt. 56 i 57, 59 dotyczy kobiet przed menopauzą

55.	Czy cykl miesięczny jest regularny, jeśli tak to co ile dni występuje miesiączka?	
56.	Jaka jest charakterystyka krwi miesięcznej: (krew jasna, ciemna, rzadka, gęsta, ze skrzepami, skąpa, obfita, miesiączka bolesna, miesiączka bezbolesna, często towarzyszy biegunka)	
57.	Czy występują dolegliwości ginekologiczne (np. upławy, endometrioza, polipy, torbiele, nadżerki, mięśniaki, PCOS, grzybica, infekcje bakteryjne itd.)	
58.	Czy jesteś w ciąży?	☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK to w którym tygodniu ciąży:

W kolumnach 1, 2, 3 należy zaznaczyć symbolem „x” właściwą opcję (częstotliwość spożywanej grupy produktów) oraz w tym samym polu wskazać produkt/y, który/e jest/są najczęściej spożywany/e czyli np. jeśli chleb jest spożywany codziennie to w kolumnie 1 („często spożywane”) należy wpisać symbol „x”. W kolumnie 4 należy wskazać produkty, które nie są lubiane.

Produkty żywnościowe:

	1.	2.	3.	4.
Kategoria produktu	Często spożywane* (*4 lub więcej razy w tygodniu)	Sporadycznie spożywane* (*2-3 razy w tygodniu)	Rzadko spożywane* (*1 raz w tygodniu lub rzadziej)	Produkty nie lubiane z wymienionych
Zboża glutenowe: żyto, pszenica, jęczmień, owies, orkisz. Zboża bezglutenowe: ryż, kukurydza, proso (jagły), sorgo, bambus, teff. np. chleb, bułki, bagietki, pizza, makaron, naleśniki, drożdżówki, pączki, ciastka, krakersy, panierowane produkty, płatki śniadaniowe, kukurydziane, owsianka, granola, piwo itp.	Np. x chleb pszenny,	Np. x kasza jaglana, pizza, drożdżówka	Np. x naleśniki	Np. granola, owsianka
Produkty mleczne: mleko, sery białe, żółte, pleśniowe, jogurty, kefiry, maślanki, lody, śmietana. Np. mleko do kawy, śmietanki do kawy, mleka w proszku, mascarpone, czekolada mleczna, owsianka na mleku itp.				
Owoce świeże i suszone (wymienić jakie najczęściej)				
Wędzonki (np. kiełbasy, wędzone ryby), glutaminy, benzoesany, środki sztucznie barwiące, słodziki zawarte w produktach żywnościowych przetworzonych – np. konserwy, chipsy, pasztety (jeśli nie wiemy proszę pozostawić pole puste)				Nie wypełniać pola
Produkty bogatobiałkowe/białkowe zwierzęce: białko jaja, żółtko jaja, majonez, mięso wieprzowe, mięso wołowe (cielęce), mięso baranie (jagnięce), dziczyzna, kurczak, indyk, kaczka, gęś, królik, ryby morskie, ryby słodkowodne, owoce morza w tym m.in. krewetki.				

Produkty bogatobiałkowe roślinne - groszek (zielony świeży, suszony), fasola (świeża, suszona), bób, soczewica, ciecierzycy, chleb świętojański, orzeszki ziemne, soja, słonecznik, pestki dyni, orzechy włoskie, orzechy laskowe, orzechy brazylijskie, migdały, sezam (chałwa, tahina-miazga sezamowa), siemię lniane, słonecznik, mak.				
Tłuszcze zwierzęce: smalec, słonina, skwarki, skórki wieprzowe, łój wołowy, tłuszcz gęsi, kaczki, z kury, skóra z kurczaka (B+T), tłuszcze rybne, tran, ghee (masło klarowane), masło				
Tłuszcze roślinne: oliwa, oleje roślinne, olej kokosowy, wiórki kokosowe, owoc kokosu, tłuszcz palmowy, awokado (W+T), oliwki, czekolada gorzka, masło kakaowe.				
Dyniowate: dynia, kabaczek, patison, ogórki, ogórki kiszzone, cukinia i jako niskowęglowodanowe owoce (melon, arbuz).				
Psiankowate: pomidor, papryka, bakłażany, ziemniaki				
Kapustne: kapusta biała, czerwona, włoska, pekińska, kapusta kiszona, brukselka, kalafior, brokuły, kalarepa, rzeżucha, pasternak, pszonak, rukola, gorczyca, jarmuż, chrzan, rzodkiewka, rzodkiew biała, długa, brukiew, rzepa, kapary				
Baldaszkowate (selerowce): marchewka, pietruszka, seler, brukiew; zioła: koper, anyż, kminek, kolendra, żeń-szeń, eleuterokok i blisko z nimi spokrewniony – lubczyk.				
Szczeciowce: roszpunka, kozłek				
Astrowate: piołun, jeżówka (Echinacea), komosa, krwawnik, nagietek, łopian, ostropest, podbiał, rumianek, stokrotka, kocanka, karczochy. Do rodziny astrowate należy podrodzina: cykoriowate: zwykle są najmniej alergenne, sałata, mlecz, mniszek, cykoria.				

Komosowate: burak, szpinak, quinoa i zbliżone do nich goździkowce – szczaw, rabarbar, gryka, amarantus.				
Cebulowe: cebula, szczypiorek, por, czosnek.				
Grzyby suszone i świeże.				
Inne: glony, szparagi, zioła, kietki, kawa prawdziwa, przyprawy: szafran, kurkuma, rozmaryn, imbir, cynamon, mięta, tymianek, majeranek, oregano, bazylia, kurkuma, pieprz, gorczyca/musztarda.				
Strączkowe: bób, fasolka szparagowa, grošek zielony, soja, soczewica, ciecierzycy, orzechy ziemne (jako wyjątek zawiera także tłuszcz - BTW), chleb świętojański.				

OŚWIADCZENIE I ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Usług zdrowotno-żywnościowych zamieszczonych na stronie www.ctz-holistic.pl i akceptuję jego warunki. Ponadto wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w podanym wyżej zakresie przez HOLISTIC – Centrum Terapii Żywieniem Karolina Pawlik z siedzibą w Lublinie, przy ul. Limbowej 5/29, 20-819 Lublin, NIP: 5651422727, REGON: 520080060 w celu uzyskania poradnictwa w zakresie profilaktyki zdrowotnej.

Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail na adres naszej firmy spod adresu, którego zgoda dotyczy.

.....
Data, miejsce i podpis osoby