**Imię i nazwisko:**

**Data urodzenia:**

**Wzrost:**

**Masa ciała:**

**Czy zauważyła Pani/Pan zmianę masy ciała (kiedy, w jakim okresie czasu, ile kg):**

**Jaki cel chciałaby Pani/Pan uzyskać dzięki diecie?** (np. poprawa zdrowia, prewencja chorób, redukcja tkanki tłuszczowej, wzrost masy mięśniowej)

**Do jakiej masy ciała Pani/Pan dąży?**

**W jakim czasie chciałaby Pani/Pan ją uzyskać?**

**Jakiego rodzaju pracę Pani/Pan wykonuje?** (np. siedząca/stojąca/fizyczna)

**Czy choruje Pan na choroby przewlekłe** **i zażywa na stałe leki** (np. cukrzyca typu1 lub 2, nadciśnienie tętnicze, choroby tarczycy, choroby przewodu pokarmowego, choroby autoimmunologiczne, itp.)**:**

**Przyjmowane suplementy diety, preparaty witaminowe itp.:**

**Choroby przebyte w przeszłości** (np. operacje na przewodzie pokarmowym, nowotwory itp.):

**Obciążenia rodzinne** (np. cukrzyca w rodzinie inne schorzenia)**:**

**Czy występują u Pana alergie/nietolerancje pokarmowe (jakie?):**

**Obecność zaparć/biegunek/innych dolegliwości ze strony układu pokarmowego:**

**Produkty powodując niepożądane objawy ze strony układu pokarmowego** (np. niestrawność/zgagę itp.)**:**

**Ilość i rodzaj spożywanych płynów w ciągu dnia:**

**Czy słodzi Pani/Pan kawę/herbatę** (jeśli tak to ile?)

**Czy zdarza się Pani/Panu obudzić w nocy i spożywać pokarm (tzw. nocne podjadanie):**

**Aktywność fizyczna** (czy regularnie uprawia Pan/Pani jakiś sport wyczynowy/rekreacyjny, chodzi Pan na siłownię itp.)**,** jeśli tak to **ile razy w tygodniu, jak długo twa pojedynczy trening i jakiego rodzaju jest to aktywność fizyczna :**

**W miarę możliwości proszę dołączyć lub wziąć na pierwszą wizytę badania laboratoryjne krwi z 2 ostatnich miesięcy:**

**- morfologia**

**- glukoza (cukier)**

**- lipidogram (cholesterol)**

**-TSH**