



Szanowni Państwo,

przed pierwszą wizytą każdy Pacjent jest proszony o podpisanie kontraktu oraz szczegółowe wypełnienie wywiadu medycznego. To warunek rozpoczęcia terapii w Gabinetcie Medycyny Funkcjonalnej.

Wszystkie informacje przekazane w wywiadzie stanowią podstawę do ustalenia prawidłowego postępowania żywieniowego i ma istotny wpływ na przyspieszenie całego procesu. Dlatego prosimy o skrupulatne wypełnienie formularza. Brak kompletu informacji o stanie zdrowia dziecka może skutkować niepożądanymi efektami wdrożonej diety.

Wypełniony plik prosimy podpisać i wysłać mailem na adres: rejestracja@medycyna-funkcjonalna.org.pl lub doręczyć osobiście minimum 2 dni przed wizytą. Dostarczenie wypełnionego wywiadu przed pierwszą wizytą stanowi podstawę procesu ustalania Indywidualnej terapii żywieniowej.

### **Dbamy o prywatność Pacjentów**

Ochrona danych osobowych jest dla nas priorytetem. Wszelkie udostępnione informacje oraz wyniki badań, bez względu na ich rodzaj i nośnik, objęte są tajemnicą oraz chronione zgodnie z obowiązującymi przepisami i polityką prywatności, z którą mogą Państwo zapoznać się na naszej stronie internetowej [www.medycyna-funkcjonalna.org.pl](http://www.medycyna-funkcjonalna.org.pl)

Aby proces indywidualnej terapii żywieniowej prowadzonej w Gabinetcie Medycyny Funkcjonalnej mógł być realizowany, niezbędne jest podpisanie przez Pacjenta stosownych zgód. Prosimy o dokładne zapoznanie się z treścią oświadczeń oraz ich podpisanie przed pierwszą wizytą.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji i realizacji usług za pośrednictwem poczty elektronicznej, formularzy on-line na podany przeze mnie adres poczty elektronicznej oraz że zostałam/em poinformowana/y o możliwości wniesienia sprzeciwu co do dalszego ich otrzymywania w powyższy sposób - zgodnie z ustawą z dn.18.07.2002r (Dz.U. nr 144, poz.1204) o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

.....  
.....  
data i czytelny podpis

**Pragniemy dzielić się wiedzą!** W Gabinetcie Medycyny Funkcjonalnej dokładamy starań, aby zapewnić naszym Pacjentom dostęp do najnowszych informacji z zakresu zdrowego odżywiania, nowoczesnej diagnostyki oraz wszelkich istotnych zagadnień związanych z troską o zdrowie. By być na bieżąco wystarczy podpisać zgodę na otrzymywanie naszego newslettera. W każdej chwili można zrezygnować z subskrypcji.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie newslettera Gabinetu Medycyny Funkcjonalnej.

.....  
.....  
data i czytelny podpis



## **KLAUZULA INFORMACYJNA RODO - jak przetwarzamy Państwa dane osobowe?**

Firma - Gabinet Medycyny Żywnienia Agnieszka Karolczak-Tomkiewicz, ul. Śląska 4, 60-614 Poznań, NIP: 7841746575, REGON: 361790577, w świetle przepisów jest Administratorem Państwa danych osobowych. Oznacza to, że odpowiada za wykorzystanie danych w sposób bezpieczny, zgodny z umową oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Administrator nie powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

Dbając o Państwa prawa oraz spełniając obowiązek informacyjny, poniżej opisaliśmy w jaki sposób będziemy przetwarzać Państwa dane.

### **DLACZEGO I JAK PRZETWARZAMY PAŃSTWA DANE OSOBOWE?**

**Aby właściwie wykonywać nasze usługi pozyskujemy Państwa dane osobowe takie jak m.in.**

- Dane identyfikacyjne: imię i nazwisko, nazwa firmy, NIP, REGON, KRS, adres do korespondencji, adres siedziby, numer kontaktowy oraz adres e-mail, dane osobowe pozyskane z rejestrów publicznych.
- Dane osobowe i medyczne ujęte w dokumentach, które otrzymujemy od Państwa w związku ze świadczonymi przez nas usługami.

**Powyższe dane są nam niezbędne do:**

- identyfikacji pacjentów i osób upoważnionych;
- prowadzenia dokumentacji medycznej;
- świadczenia usług medycznych i profilaktyki zdrowia;
- zawarcia umowy oraz jej wykonania;
- utrzymanie kontaktu telefonicznego;
- spełnienia obowiązków prawnych jak m.in. wstawienie i przechowywania faktury, rachunku;
- realizacji prawnie uzasadnionego interesu m.in. marketingowego - odpowiedzi na Państwa pytania, przygotowania oferty naszej działalności, wsparcia Państwa w trakcie realizacji naszej usługi;

**Podstawa prawna:** art. 6 ust. 1 lit. a (**Państwa zgoda**); art. 6 ust. 1 lit. b (**Zawarcia i wykonania umowy**), art. 6 ust. 1 lit. c (**Realizacja obowiązków prawnych**) oraz art. 6 ust. 1 lit. f (**Prawnie uzasadniony interes**).

**Będziemy przekazywać Państwa dane osobowe wyłącznie trzem grupom odbiorców:**

**I. osobom upoważnionym przez nas, naszym pracownikom i współpracownikom**, którzy muszą mieć dostęp do danych, aby wykonywać swoje obowiązki;

**II. podmiotom przetwarzającym, którym zlecimy to zadanie, uczestniczącym w wykonywaniu naszych czynności:**

- podmiotom obsługującym nasz system informatyczny oraz teleinformatyczny;
- lekarzom prowadzącym własną działalność gospodarczą, którzy z nami współpracują;

**III. innym odbiorcom danych – podmiotom zewnętrznym:**

- a) świadczącym dla nas usługi doradcze lub pomoc prawną, podatkową, rachunkową, kadrową;



- b) medycznym lub podmiotom prowadzącym działalność profilaktyki zdrowotnej;
- c) świadczącym dla nas usługi laboratoryjne;
- d) udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli przekazanie danych jest niezbędne do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- e) prowadzącym działalność płatniczą (banki, instytucje płatnicze);
- f) prowadzącym działalność ubezpieczeniową;
- g) prowadzącym działalność pocztową, kurierską;

### Jak długo będziemy przetwarzać Państwa dane?

Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania naszej współpracy. Natomiast nie dłużej niż wynika to z przepisów prawa.

### Jakie prawa przysługują Państwu w związku z przetwarzaniem danych osobowych?

- **Prawo dostępu do treści swoich danych** osobowych – czyli uzyskanie informacji o celu i sposobie przetwarzania Państwa danych osobowych oraz kopii danych.
- **Prawo do sprostowania danych** – czyli poprawienie danych, gdy są one błędne, uległy zmianie lub zdezaktualizowały się.
- **Prawo do częściowego lub całkowitego usunięcia danych („Prawo do bycia zapomnianym”)** – czyli usunięcia danych, które przetwarzane są bez uzasadnionych podstaw prawnych.
- **Prawo do ograniczenia przetwarzania** – czyli ograniczenia przetwarzania danych wyłącznie do ich przechowywania.
- **Prawo do przenoszenia danych** – czyli uzyskania swoich danych osobowych, które nam przekazaliście lub wskazania innego administratora, któremu powinniśmy je przekazać, o ile będzie to technicznie możliwe.
- **Prawo wniesienia sprzeciwu, co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne** – czyli m.in. na potrzeby marketingu bezpośredniego.
- **Prawo do wycofania zgody** - mogą Państwo w dowolnej chwili wycofać każdą zgodę, którą Państwo wyrazili. Proszę pamiętać, iż od złożenia dyspozycji nie będziemy już przetwarzać danych we wskazanym przez Państwa celu, ale do czasu wycofania zgody mamy prawo przetwarzać Państwa dane.

### Prawo do wniesienia skargi:

Mają Państwo prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, jeżeli uważają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy prawa.

### Mogą Państwo realizować swoje prawa składając u nas wniosek w formie:

a) pisemnej na adres: Gabinet Medycyny Żywnienia Agnieszka Karolczak Tomkiewicz, ul. Ślaska 4, 60-614 Poznań

b) elektronicznej na adres mailowy: [rodo@medycyna-funkcjonalna.org.pl](mailto:rodo@medycyna-funkcjonalna.org.pl)

Więcej informacji o przetwarzaniu Twoich danych osobowych znajdziesz w naszej siedzibie albo na naszej stronie internetowej:

[www.medycyna-funkcjonalna.org.pl](http://www.medycyna-funkcjonalna.org.pl)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną RODO.

.....  
data i czytelny podpis



Poznań, dnia \_\_\_\_\_

## OŚWIADCZENIA PACJENTA

Ja \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

(imię i nazwisko)

### Upoważnienie do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych

- upoważniam osobę mi bliską do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych. Upoważnioną osobą jest:

\_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_ ,  
(imię i nazwisko)

adres zamieszkania \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_ ,  
(imię i nazwisko)

adres zamieszkania \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_ .

- nie upoważniam żadnej bliskiej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych.

### Upoważnienie do uzyskiwania dokumentacji medycznej

- upoważniam osobę mi bliską do uzyskania dokumentacji medycznej.  
Upoważnioną osobą jest:

\_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_ ,  
(imię i nazwisko)

adres zamieszkania \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_ ,  
(imię i nazwisko)

adres zamieszkania \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_ .

- nie upoważniam żadnej bliskiej osoby do uzyskania dokumentacji medycznej.

\_\_\_\_\_  
(data i podpis)



*Administratorem Państwa danych osobowych jest Agnieszka Karolczak Tomkiewicz prowadząca działalność gospodarczą pod firmą Gabinet Medycyny Żywienia Agnieszka Karolczak Tomkiewicz, ul. Śląska 4, 60-614 Poznań, NIP: 7841746575, REGON: 361790577 Państwa dane osobowe przetwarzane są w celu profilaktyki zdrowotnej, zawarcia i wykonania umowy, wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze oraz dla celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów administratora. Przysługuje Państwu prawo do żądania dostępu do Państwa danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, a także prawo do cofnięcia w każdej chwili zgody na przetwarzanie Państwa danych. Szczegółowe informacje na temat ochrony Państwa danych znajdziecie Państwo w naszej siedzibie lub na naszej stronie internetowej: [www.medycyna-funkcjonalna.org.pl](http://www.medycyna-funkcjonalna.org.pl)*

## **KONTRAKT NA PROFILAKTYKĘ I PROMOCJĘ ZDROWIA**

Zawarty w dniu ..... w ..... pomiędzy:

1. Agnieszka Karolczak Tomkiewicz Gabinet Medycyny Żywienia, ul. Śląska 4 60-614 Poznań, NIP

7841746575, , zwaną dalej: Konsultantem, a

2....., zam. ...., ; legitymującą się dowodem osobistym serii ..... nr ..... i nr PESEL:

....., zwanym dalej: Klientem, o następującej treści:

### §1.

1. Konsultant zobowiązuje się świadczyć na rzecz Klienta usługi dotyczące profilaktyki zdrowotnej, polegające na przekazywaniu i prezentowaniu zachowań prozdrowotnych, także poprzez zachęcanie, przy pomocy prezentowanych wyników badań i analiz medycznych, do brania indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie, zmierzającym do promowania zdrowego trybu życia poprzez umożliwienie Klientowi zwiększenia kontroli nad czynnikami warunkującymi poprawę stanu zdrowia i samopoczucia, przy uwzględnieniu środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.

2. Forma wykonywania usługi jest uzgadniana z Klientem i zależy od potrzeb Klienta; może ona w szczególności polegać na prelekcji lub prezentacji określonych zagadnień lub wyników badań związanych z potrzebami Klienta.

3. Usługi określone w ust. 1, wykonywane w sposób określony w ust. 2, nie stanowią porady lekarskiej ani działalności leczniczej, ponieważ nie wiążą się z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

4. Uwzględnienie w codziennym życiu usług świadczonych przez Konsultanta zależy wyłącznie od Klienta, który zrzeka się z tego tytułu jakichkolwiek roszczeń od Konsultanta.

### §2.

1. Usługi, o których mowa w §1 ust. 1, będą wykonywane na spotkaniach organizowanych przez Konsultanta z Klientem, w siedzibie Konsultanta lub miejscu zamieszkania Klienta, w terminie lub terminach uzgodnionych przez strony.



2. Z ważnych powodów strony mogą zmienić uzgodniony terminarz spotkań lub określone, umówione spotkanie, na inny termin. W takim przypadku strony zobowiązane do wzajemnego informowania się o zaistniałej zmianie z odpowiednim (możliwie największym) wyprzedzeniem.

§3.

1. Z tytułu wykonywania niniejszej umowy Konsultant będzie otrzymywać od Klienta wynagrodzenie w wysokości wynikającej z aktualnego cennika usług Konsultanta, za każde odbyte spotkanie, płatne gotówką kartą kredytową bądź płatniczą bezpośrednio po odbytym spotkaniu, lub za pomocą systemu ratalnego "Medi Raty".

2. W wynagrodzeniu określonym w ust. 1, uwzględniony został podatek VAT, w wysokości zgodnej z właściwymi przepisami.

§4.

1. Jeżeli w związku z wykonywaniem przez Konsultanta usług określonych niniejszą umową powstanie konieczność przedłożenia przez Klienta określonych, uzgodnionych z Konsultantem dokumentów, Klient zobowiązuje się do ich przedłożenia w takim terminie, aby świadczenie usług było obiektywnie możliwe.

2. Jeżeli w związku z wykonywaniem przez Konsultanta usług określonych niniejszą Klient przekaże Konsultantowi dokumenty, pozostają one własnością Klienta, zaś Konsultant zobowiązany jest do ich wydania na każde żądanie Klienta.

3. Jeżeli w związku z wykonywaniem przez Konsultanta usług określonych niniejszą powstanie konieczność przekazania Konsultantowi przez Klienta informacji koniecznych do realizacji umowy przez Konsultanta, Klient zobowiązuje się do ich przekazania.,

§5.

1. W związku z wykonywaniem niniejszej umowy Konsultant zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Klienta, o których dowiedział się od Klienta.

2. Obowiązek, o którym mowa w ust. 1, trwa również po rozwiązaniu lub wygaśnięciu umowy.

§6.

1. Niniejsza umowa zawierana jest na okres wynikający z liczby uzgodnionych między stronami spotkań, bądź cyklu konsultacji niezbędnych dla osiągnięcia zamierzonego przez Klienta efektu.

2. Niniejsza umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron, w każdym czasie poprzez oświadczenie złożone drugiej stronie.

§7.

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają dla swej skuteczności formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

5. Niniejsza umowa sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

KONSULTANT

KLIENT





**Gabinet Medycyny Funkcjonalnej**

ul. Śląska 4, 60-614 Poznań

tel.: +48 514 033 727

rejestracja@medycyna-funkcjonalna.org.pl

www.medycyna-funkcjonalna.org

## WYWIAD MEDYCZNY

Imię:		Nazwisko:	
E-mail:	Nr telefonu:	Login Skype (w przypadku wizyt online)	
Adres zamieszkania:			
Data urodzenia:	PESEL:		Płeć (K/M)
Wzrost w cm:		Waga w kg:	
Cel wizyty, np. schudnąć, przytyć, poprawić nawyki żywieniowe, poprawić samopoczucie, poprawić jakość życia			
Zażywane leki wraz z dawkami:			Od kiedy?
Zażywane suplementy wraz z dawkami:			Od kiedy?
Inne suplementy zażywane w ciągu ostatniego roku, np. napoje izotoniczne, napoje energetyczne, odżywki dla sportowców lub inne.			Od kiedy?



Proszę wypisać nazwy oraz podać ich skład	
<b>Czy występują u Ciebie jakiegokolwiek objawy z podanych niżej?</b>	<b>W jakim miejscu?</b>
trądzik na twarzy	
żółte wypustki, grudki w okolicach oczu, na powiekach lub na podniebieniu	
guzki tłuszczowe w okolicach łokci lub na łydce	
czerwone rozstępy skórne	
białe rozstępy skórne	
nadmierne owłosienie	
tzw. bawoli kark- stłuszczenie w części szyjnej kręgosłupa	
brązowe plamy w okolicach paliczków, dłoni, pod pachami, w okolicach pępka, pod piersiami	
popękane usta lub kąciki ust, biały nalot w kącikach ust	
zażółcone oczy	
pajączki na skórze	
podkowy, sińce pod oczami	
opuchnięcia w okolicach stawów dłoni, dużego palca u stóp, małżowiny usznej	
sucha skóra, suchy czarny łokieć, świąd skóry	
<b>Schorzenia i choroby zdiagnozowane przez lekarza:</b>	<b>Od kiedy?</b>
<b>W przypadku braku chorób, proszę szczegółowo opisać cel wizyty i swoje oczekiwania:</b>	





Diety stosowane przez ostatnie 5 lat (np. dieta wysokobiałkowa, dieta niskołuszczowa). Proszę podać nazwy diet i od kiedy oraz jak długo dana dieta była stosowana:

--

Proszę wpisać ostatnie wyniki badań krwi (cholesterolu i glukozy) oraz moczu i ew. kału oraz inne wyniki badań związane z procesem chorobowym. Pozostałe wyniki proszę przynieść ze sobą na wizytę

--

Wykonywany zawód:														
Charakter pracy:	Siedząca:				Umiarkowany ruch:				Dużo ruchu/fizyczna:					
Godziny pracy:	Pon		Wt		Śr		Czw		Pt		Sob		Nie	
Godziny budzenia się (B) i zasypiania (Z)	B	Z	B	Z	B	Z	B	Z	B	Z	B	Z	B	Z
Praca na zmiany (od której do której godziny?)	Ranna:				Popołudniowa				Nocka					
Godziny budzenia się i zasypiania	B		Z		B		Z		B		Z			



Aktywność fizyczna, np. bieganie, siłownia, aerobik, zumba, zajęcia z trenerem personalnym, tenis, jazda na rowerze,		Jaka?		Ile razy w tygodniu?		Ile trwa jeden trening?	
Alergie	Astma	Pyłki (jakie?)	Kurz, sierść	Pokarmowe (jakie?)	Na leki (jakie?)		
Od kiedy?							
Badania wykonywane w związku z daną alergią:							
Nietolerancje pokarmowe	Laktoza (mleko)		Gluten		Inne (jakie)		
Od kiedy?							
Badania wykonywane w związku z daną nietolerancją							
Cięża	Liczba ciąż:	Karmienie piersią:	Ile kg na plus w ciąży?	Ile kg na minus po ciąży?	Ile trwało zrzucanie wagi?		
Miesiączka	Regularna	Nieregularna	Brak	Bolesne	Inne		
Pierwsza miesiączka (wiek):							
<b>Choroby metaboliczne (schorzenia zdiagnozowane przez lekarza):</b>							
Choroby metaboliczne (schorzenia zdiagnozowane przez lekarza):			Tak/Nie/Co dolega?			Od kiedy?	
Cukrzyca/podwyższony poziom cukru we krwi							



Nadciśnienie tętnicze/za niskie ciśnienie			
Miażdżyca			
Choroby serca (np. przebyty zawał, niewydolność)			
Choroby nerek (np. brak nerki, kamienie)			
Tarczycza (np. nadczynność, niedoczynność, Hashimoto, G-Basedova, wycięty płąt)			
Wątroba (np. otyłuszczenie, zapalenie, żółtaczką typu C)			
Kości (np. osteoporoza, RZS, reumatyzm)			
Nowotwór (opisać jaki)			
Skóra (np. łuszczyca, cellulit, AZS)			
Inne			
Stan przewodu pokarmowego (np. jelito drażliwe, wrzody żołądka lub jelita, zgaga, wzdęcia, hemoroidy, inne)			
Odporność na stres w skali 1 do 10, gdzie jeden to niska odporność, a 10 to duża odporność			
Twoje narodziny	Poród naturalny:		Cesarskie cięcie:
Czy byłaś/byłeś karmiony piersią	Tak	Jak długo?	Nie
			Nie wiem



Przebyte kuracje antybiotykami	Tak		Nie		Ile razy?		Jak długo?	
Przebyte operacje i zabiegi:								
Czy obecnie często chorujesz, przeziębiasz się?	Tak				Nie			
Jak często się wypróżniasz	1x/dzień	2x/dzień	Więcej :	1x na 2 dni	1x na 3 dni	Rzadziej :	Zaparcia, biegunki, śluz	
Czy znasz zalecenia żywieniowe związane z Twoimi chorobami i stosujesz się do nich?	Tak (opisz na czym to polega)				Nie			
Czy na którąś z Twoich chorób chorował też ktoś w rodzinie?	Jaka choroba?				Kto (matka, ojciec, rodzeństwo, dziadkowie)?			



Rytm Twojego snu	Śpię dobrze całą noc	Budzę się 1 raz	Budzę się często (jak często)?	Podjadam w nocy			
Czy masz problemy z wagą ciała?	Nie mam problemu. Czuję się dobrze ze swoją wagą	Tak, mam problem. Uważam że ważę za dużo		Tak, mam problem. Uważam, że ważę za mało			
Twoja waga w 20 roku życia:							
Kiedy odczuwasz największy apetyt?	Rano i do południa	Po pracy, po południu	Wieczorem	Gdy się denerwuję lub nudzę			
Jak stres wpływa u Ciebie na jedzenie? Jak się wtedy zachowujesz?	Podjadam	Nie mam wtedy apetytu	Nie widzę różnicy	Inne obserwacje			
Liczba dziennych posiłków	1	2	3	4	5	Jem bez przerwy	Bardzo różnie
Godziny posiłków i przykładowy jadłospis	Godzina				Co jesz?		
Śniadanie							
II śniadanie							
Lunch							
Obiad							
Podwieczorek							
Kolacja							



Energia po posiłku	Wzrost energii		Spadek energii		Inne	
Wypisz potrawy, po których czujesz się źle, np. smażone, czosnek, fasola, słodczyce, chipsy						
Jedzenie między posiłkami	Nie podjadam	Podjadam – proszę napisać co		Kiedy podjadam (w jakich godzinach, sytuacjach)		
Spożywanie słodczy. Zaznacz czy i jakie słodczyce spożywasz	Batony	Ciastka, wafelki	Drożdżówk i, ciasta kupne	Czekolada, pralinki	Inne, jakie?	
Spożywanie słonych przekąsek. Zaznacz czy i jakie spożywasz	Chipsy	Orzeszki ziemne	Paluszki, krakersy, sucharki	Wafle ryżowe, pieczywo chrupkie	Inne (jakie?)	
Czy i jak często jesz fast foody	Hamburger	Frytki	Hot- dog	Pizza	Inne (jakie?)	
Ile razy dziennie?						
Jak często jesz w restauracjach?	Kilka razy dziennie	Raz dziennie	Kilka razy w tygodniu	Okazjonalnie	Co jadasz?	
Co i jak często pijesz:	Opis szczegółowy		Jak często? Kilka razy dziennie, raz dziennie, okazjonalnie		Ilość – ile szklanek, puszek, litrów	
Woda: źródlana, kranowa, mineralna, szkło, plastik						
Kawa: parzona, rozpuszczalna, z ekspresu						
Herbata: czarna, zielona, owocowa, ziołowa, torebki, liście						
Soki: jednodniowe, świeże, z koncentratu, z kartonu, jakie smaki?						
Słodzone napoje gazowane: Coca-Cola, Fanta, napoje energetyczne						



Cukier. Czy słodzisz napoje – kawę herbatę? Czym? Cukier, ksylitol, stevia, słodzik, cukier trzcinowy	Czy słodzisz napoje – kawę herbatę?	Ile i czym?	
Użytki: alkohol	Co pijesz?	Ile razy w tygodniu?	Jakie ilości?
Użytki: papierosy	Ile dziennie:		Od kiedy?
Napisz jakie pieczywo spożywasz, np. jasne, tostowe, ciemne, razowe, graham, pełnoziarniste, mieszane, częściej jasne			
Czym się kierujesz przy zakupie pieczywa? Kolorem, ceną, składem			
Czy i jak często spożywasz poniżej wymienione produkty:	Jakie?	Jak często? Codziennie, (ile porcji dziennie), ile razy w tygodniu, sporadycznie	
Kasza: np. drobnoziarnista, pęczak, gryczana, jaglana, inna			
Makaron: biały, pełnoziarnisty, orkiszowy, inny			
Ryż: biały, basmati, jaśminowy, paraboliczny, dziki, brązowy, inny			
Ziemniaki: zwykłe, bataty			
Płatki: owsiane, orkiszowe, muesli kupne, Cini Minis, Crunchie, inne			
Produkty mączne, np. kluski, pierogi, pyzy, inne			
Czym smarujesz pieczywo, np. masło, margaryna, Benecol; grubo, średnio, cienko?			
Dodatki: majonez, ketchup, sosy gotowe. Jak często?			
Jakie jadasz warzywa? W jakiej postaci? Surowe, z patelni, gotowane na parze			
Warzywa, które lubisz najbardziej:			





Warzywa, których nie lubisz:		
Owoce, które jadasz - w jakiej postaci?	Jakie?	Jak często? Codziennie 2-3 porcje, codziennie 1-2 porcje, raz na 2 dni, rzadziej niż raz na 2 dni
Owoce, które lubisz najbardziej:		
Owoce, których nie lubisz:		
Wymień, jakie mleko spożywasz, np. mleko krowie 0,5%, 1,5%, 2%, 3,2%, kozie, mleka roślinne, np. sojowe, ryżowe, kokosowe, migdałowe lub inne	Jakie?	Jak często? Np. 1 w tygodniu, 2-3 w tygodniu, 4-5 w tygodniu, codziennie, sporadycznie, wcale
Jogurty: naturalny, grecki, jogurty smakowe, desery mleczne, Activia		
Napoje mleczne fermentowane: maślanka naturalna, smakowa, kefir, jogurt pitny		
Twarogi: serek wiejski, grani, gzik, chudy, tłusty?		
Sery: żółte, np. gouda, parmezan, feta, mozzarella, pleśniowe, camembert, brie, kozie, inne		
Czy spożywasz jaja?		
Jakie najczęściej spożywasz mięsa? Kurczak: ze skórą, bez skóry – filety, pałki, skrzydełka Wieprzowina: karkówka, schab, łopatka, żeberka, polędwica, inne Wołowina: antrykot, ligawa, polędwica, inne Królik, kaczka, gęś, cielęcina, inne		
Jak najczęściej przyrządzasz mięso, które spożywasz? Smażone bez panierki (na jakiej ilości tłuszczu?) smażone w jajku, smażone w panierce: jajko+mąka, jajko+bułka tarta, jajko+mąka+bułka tarta, duszone, pieczone: podlewane tłuszczem, bez tłuszczu gotowane, gotowane na parze, pieczone w foliowym rękawie, inne		
Jakiego tłuszczu używasz do smażenia?		



Kujawski, rzepakowy, słonecznikowy, margaryna, Palma, smalec, masło, masło klarowane, oliwa z oliwek, inne		
Jaki tłuszcz spożywasz na zimno, np. do sałatek, pieczywa: tłoczony na zimno nierafinowany: rzepakowy, oliwa z oliwek, extra virgin, olej lniany		
Jakiego rodzaju wędliny spożywasz:	Jakie?	Jak często? Codziennie, 1 raz w tyg., 2 razy w tyg., kilka razy w tyg., częściej/ rzadko/ raz w mies./ 2 razy w mies./ raz na 2 tyg.
Szynki		
Kabanosy		
Parówki		
Pasztesy		
Boczek		
Kiełbasy		
Jak często jesz ryby i owoce morza oraz w jakiej ilości?	Jakie?	Jak często? Codziennie, 1 raz w tyg., 2 razy w tyg., kilka razy w tyg., częściej/ rzadko/ 1 raz w mies./ 2 razy w mies./ raz na 2 tyg.
Ryby, np. łosoś, pstrąg, dorsz, panga, tuńczyk, makrela, śledź, szprotki		
Jak przygotowujesz ryby, które spożywasz: smażę bez panierki, w panierce, piekę w folii aluminiowej, gotuję na parze, paluszki rybne		
Jakie owoce morza spożywasz ?		
Jakie zupy jesz najczęściej, np. pomidorowa, ogórkowa, gulaszowa, rosół, krupnik		
Czy zaciągasz zupy mąką, śmietaną, zasmażką?		



Czy i jak często jesz warzywa strączkowe, np. fasola czerwona, biała, w puszcze, bób, groszek zielony, groszek konserwowy, soczewica, ciecierzycy, soja	Jakie?	Jak często? Codziennie, 1 raz w tyg., 2 razy w tyg., kilka razy w tyg., częściej/ rzadko/ 1 raz w mies./ 2 razy w mies./ raz na 2 tyg.
Czy i jak często jadasz orzechy, nasiona, owoce suszone, np. orzeszki solone, w czekoladzie, laskowe, pistacje, włoskie, nerkowce, migdały, arachidowe, brazylijskie, pestki dyni, słonecznika, suszone śliwki, morele, żurawina, daktyl, figi, gruszki, banany, jabłka, owoce goji, jagody acai, inne		
Jakich przypraw używasz w kuchni, np. kostki rosółowe, Vegeta, Maggi, Kucharek, sos sojowy, świeże zioła, sól – w jakich ilościach?		
Wymień produkty, z których nie jesteś w stanie zrezygnować:		
Wymień produkty, których nie lubisz:		
Wymień produkty, których nie jesteś w stanie nawet spróbować:		
Czy lubisz gotować?		

.....  
data

.....  
czytelny podpis