**Obraz zawierający gra, stół

Opis wygenerowany automatycznie**

**Hej!**

Dziękuję Ci za zaufanie i wybór moich usług. 😇😍

Poniżej rozpiszę Ci wszystko, co musimy zrobić, aby osiągnąć razem sukces 😃💪

Na początek musisz wypełnić i odesłać mi wywiad medyczno-żywieniowy, który wysyłam Ci poniżej☺️

Dostając Twój formularz, mogę zacząć układać dla Ciebie spersonalizowaną dietę.

W tym miejscu musimy się również rozliczyć 😉

Dlatego też proszę o dokonanie przelewu za jadłospis na dane:

👉 Monika Andrykowska

Numer konta: 68 1870 1045 2078 1062 4504 0001

Kwota: 150 PLN

W tytule wpisz swoje imię i nazwisko. 😇

W ciągu maksymalnie 7 dni od opłaty dostaniesz swój indywidualny jadłospis, który opiera się na Twoich ulubionych produktach i dzięki któremu razem osiągniemy wymarzony cel! 😃

P.S. Daj znać co dokładnie lubisz, jeżeli, na przykład nie możesz żyć bez słodyczy, napisz mi o tym, a na pewno znajdziemy kompromis w Twojej diecie.

♥️💪😇

Po otrzymaniu jadłospisu możesz dokonać jednej zmiany w posiłkach, jeżeli jednak stwierdzisz, że w tym tygodniu nie masz ochoty na swoją ulubioną potrawę. 😉

Ważne! Co tydzień musisz zdać mi raport z twoim samopoczuciem oraz wynikami - dzięki czemu będziemy w kontakcie na bieżąco i łatwiej osiągniemy efekty 🍽🍭

Masz moje wsparcie przez cały czas ☺️

Pamiętaj jednak, że wszystko zależy od Ciebie!

Utrata kilogramów, poprawa wyników badań to tylko skutki uboczne twojego nowego JA. 😇😇

Dzięki współpracy zyskujesz:

🌷 lepsze samopoczucie,

🌷 wzrost pewności siebie,

🌷 zwiększenie satysfakcji,

🌷 lepszy humor,

🌷 poprawę wyników badań.

Zaczynasz:

🌷 być bardziej zdyscyplinowany/a,

🌷 mieścić się w mniejszy rozmiar,

🌷 wierzyć w siebie i swoje możliwości,

🌷 odzyskiwać energię do życia.

Pamiętaj zmiany nie biorą się znikąd 🥂

Pozdrawiam,

Mateusz Zieliński

**FORMULARZ WYWIADU ŻYWIENIOWEGO**

**PO WYPEŁNIENIU FORMULARZA BARDZO PROSZĘ O PRZESŁANIE GO NA MAILA:** dietetyk.dietetyczne.inspiracje@gmail.com

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  | | |
| **data urodzenia** |  | | |
| **Masa ciała (kg)** |  | | |
| **Wysokość ciała (cm)** |  | | |
| **CEL** |  | | |
| **Obwód bioder** |  | | |
| **Obwód talii** |  | | |
| **Obwód uda** |  | | |
| **Obwód ramienia** |  | | |
| **Status zawodowy** | Uczeń/ student/ osoba pracująca/ nie pracująca/emeryt | | |
| **Charakter pracy** | Siedząca | Umiarkowany ruch | Dużo ruchu |
| **Praca zmianowa** *(podaj godziny zmian)* |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Choroby alergiczne** *(stwierdzone diagnostycznie)* |  | |
| **Nietolerancje pokarmowe** *(stwierdzone diagnostycznie)* |  | |
| **Czy zauważyłeś u siebie alergie bądź nietolerancje na dany produkty, lecz nigdy się nie badałeś?** *Jeśli tak to jakie?* |  | |
| **Choroby metaboliczne** *(stwierdzone przez lekarza)* |  | |
| **Czy znasz zasady dietetyczne związane z Twoją chorobą? \* Czy stosujesz się do nich?** | Tak, (jak?) | Nie znam / nie stosuje (dlaczego?) |
| **Kontuzje** *(aktualne/przebyte – kiedy?)* | Aktualne: | Przebyte: |
| **Przyjmowane leki** *(nazwa, dawka, czas przyjmowania)* |  | |
| **Przyjmowane suplementy**  *(nazwa, dawka, czas przyjmowania)* |  | |
| **Czy często się przeziębiasz?** | Tak | Nie |
| **Czy często przyjmujesz antybiotyki?** *Kiedy ostatnio? Jak długo?* |  | |
| **Czy przyjmowałeś probiotyki?** *(nazwa, dawka, czas przyjmowania)* |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ilość posiłków w ciągu dnia** | 1 / 2 / 3 / 4 / 5 | | | |
| **Gdzie najczęściej spożywasz posiłki?** | W domu / w pracy, szkole / na mieście | | | |
| **Czy masz możliwość podgrzewania posiłku?** |  | | | |
| **Ile szklanek/ litrów wody wypijasz w ciągu dnia oraz rodzaj** |  | | | |
| **Ile kawy wypijasz w ciągu dnia?  Jaką kawę pijesz?** |  | | | |
| **Inne przyjmowane płyny** |  | | | |
| **Czy podjadasz między posiłkami? Jeśli tak to co i w jakich sytuacjach?** | Nie dotyczy / podjadam (co i kiedy?) :  Między posiłkami / wieczorami / w pracy / przy nauce / TV / komputer / w nocy | | | |
| **Jak często pojawia się jedzenie typu Fast food / jedzenie na mieście?** |  | | | |
| **Słodzisz? Jeśli tak to czym i w jakich ilościach?** | Cukier / ksylitol / erytrytol / stewia / słodziki / fruktoza / cukier trzcinowy /inne……………  Ilość: | | | |
| **Jakie pieczywo spożywasz?** | Jasne / tostowe / ciemne / razowe / graham / pełnoziarniste / mieszane / inne… | | | |
| **Czym się kierujesz przy zakupie pieczywa?** | Skład / cena / wygląd / kolor / zapach / inne…. | | | |
| **Czym smarujesz pieczywo?** | Masło / margaryna / benecol itp | | | |
| **Jak często jadasz warzywa?  Jakie najczęściej, jakich unikasz?** | Lubię najbardziej: | | | |
| Nie lubię: | | | |
| **Jak często jadasz owoce?  Jakie najczęściej? W jakiej postaci?** | Lubię najbardziej: | | | |
| Nie lubię: | | | |
| **Jak często spożywasz jaja?** | Lubię | Nie lubię | Nie jem |  |
| 1 w tygodniu / 2-3 w tygodniu / 4 – 5 w tygodniu / więcej…. | | | |
| **Jakie najczęściej spożywasz mięso? I jak często?** |  | | | |
| **W jaki sposób najczęściej je przyrządzasz?** |  | | | |
| **Jakiego używasz tłuszczu do smażenia** |  | | | |
| **Jak często pojawiają się ryby, owoce morza i w jakiej ilości?** |  | | | |
| **Rodzaj ryb ?** |  | | | |
| **Jak często jesz nasiona roślin strączkowych?** | 1 w tyg. | 2 w tyg. | Częściej | Rzadziej |
| Lubię: bób / fasole białą / czerwoną / groszek zielony / groszek konserwowy / soja / soczewica / ciecierzyca / ………. | | | |
| Nie lubię: bób / fasole białą / czerwoną / groszek zielony / groszek konserwowy / soja / soczewica / ciecierzyca / ………. | | | |
| **Jakich przypraw używasz w kuchni?** |  | | | |
| **Produkty z których NIE jesteś w stanie zrezygnować?** |  | | | |
| **Produkty, których nie lubisz** |  | | | |
| **Jak wygląda Twoje typowe śniadanie?** |  | | | |
| **Jak wygląda Twój typowy obiad?** |  | | | |
| **Jak wygląda Twoja typowa kolacj?** |  | | | |
| **Lubisz spędzać czas na przygotowaniu potraw?** |  | | | |
| **W jakim odstępie czasu jesz PRZED treningiem i co najczęściej?** |  | | | |
| **W jakim odstępie czasu jesz PO treningu i co najczęściej?** |  | | | |
| **Co pijesz w trakcie treningu? Ile?** |  | | | |
| **Prośby odnośnie diety (jak widzisz idealną dla Ciebie dietę?)** | | | | |

DLA OSOBY TRENUJĄCEJ/ SPORTOWCA:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DYSCYPLINA SPORTU** |  | |
| **OKRES / PERIODYZACJA aktualny** |  | |
| **Najbliższy start/zawodów** |  | |
| **Ilość planowanych startów** |  | |
| **LICZBA TRENINGÓW** | w ciągu dnia: | w ciągu tygodnia: |
| **CZAS TRENINGU** |  | |
| **CHARAKTER TRENINGU** | wysoka / niska intensywność | |
| **OPIS TRENINGU (tydzień treningowy):** | | |
| **SAMOPOCZUCIE okołotreningowe / podczas treningu:** | | |

**\***Wysyłając wypełniony formularz wyrażasz zgodę na przetwarzanie Twoich danych osobowych zawartych w wywiadzie żywieniowym dla potrzeb niezbędnych w celu opracowania indywidualnej diety, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101, poz. 926 ze zm.)

\*\* Nie ponoszę odpowiedzialności za efekty diety w przypadkach poświadczenia nieprawdy przez pacjenta oraz nie okazania aktualnych wyników badań laboratoryjnych.