

1. Imię i nazwisko:
2. Telefon kontaktowy:
3. Adres e-mail:
4. Wiek:
5. Waga:
6. Wzrost:
7. Co jest Twoim celem podczas diety?
- Zdrowo się odżywiać
- Schudnąć. Jeśli tak, to ile?..............................
- Przytyć. Jeśli tak, to ile?..................................
W zależności od celu, zaproponujemy okres trwania planu żywieniowego
8. Czy jesteś alergikiem?
TAK / NIE
Jeśli TAK, proszę wymień na co masz alergię:……………………..
9. Jak często ćwiczysz? ………………………………………………………….
10. Czy bierzesz leki?
 TAK / NIE
 Jeśli TAK, proszę wymień jakie:…………………………………………...
11. Czy cierpisz na jakąś chorobę? ……………………………………………
12. Twoje godziny pracy:
13. Godziny spożywania posiłków w ciągu dnia ( do tej pory):
Śniadanie……….
Obiad…………….
Kolacja…………..
Przekąski (podaj także liczbę)……………………………………………
14. Czy wypijasz co najmniej 1,5l wody dziennie?
TAK / NIE
Jeśli NIE, ile wypijasz?.......................................
15. Czy słodzisz kawę/herbatę?
TAK / NIE
Jeśli TAK, iloma łyżeczkami cukru?...................
16. Czy spożywasz alkohol?
TAK / NIE
Jeśli TAK, to jaki rodzaj, jak często, jak dużo?.............................
17. Liczba dni w tygodniu, podczas których będziesz korzystał(a) z jadłospisu: 5 6 7

……………………………………………….. ………………………………………………………..
data i podpis klienta podpis osoby przyjmującej formularz