

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