

Wywiad – Twój styl życia

DATA

Informacje ogólne

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Adres e-mail

Wykonywany zawód

Wiek

Wzrost

Waga

Obwód talii

Obwód bioder

Jakie są Twoje cele?

Zaznacz wszystkie punkty, które mają zastosowanie:

- Schudnąć
- Utrzymać wagę
- Przybrać na wadze
- Uzyskać kontrolę nad nawykami żywieniowymi
- Jeść mniej słodczy
- Odstawić leki lub zmniejszyć ich ilość
- Poprawić ogólny stan zdrowia

- Mieć więcej energii i witalności
- Poczuć się lepiej
- Wyglądać lepiej
- Poprawić kondycję fizyczną
- Inne (proszę określić):

.....

.....

.....

.....

Co chcesz zmienić?

1. W jaki sposób chciałbyś zmienić swoje nawyki, zdrowie, sposób odżywiania się i/lub ciało?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Spośród wszystkich zmian, które chciałbyś wprowadzić, które wydają Ci się najważniejsze/pilne?

- a
- b
- c

3. Czy próbowałeś czegoś w przeszłości (lub ostatnio), aby zmienić swoje nawyki, zdrowie, sposób odżywiania i/lub swoje ciało? Jeśli tak to co?

.....

.....

.....
.....

4. Która z tych rzeczy sprawdziła się w Twoim przypadku (nawet w niewielkim stopniu) i dlaczego?

.....
.....
.....
.....

5. Która z tych rzeczy **nie** sprawdziła się w Twoim przypadku i dlaczego nie?

.....
.....
.....
.....

6. Co do tej pory Cię blokowało lub powstrzymywało przed zmianą tych rzeczy?

.....
.....
.....
.....

Twój aktualny status?

1. Wymień swoje nietolerancje lub alergie pokarmowe, opisz objawy:

.....
.....
.....

2. Jak w tej chwili oceniasz swoje nawyki żywieniowe?

.....
.....

7. Czy są jakieś bariery, które przeszkadzają Ci w regularnych ćwiczeniach?

.....
.....
.....

8. Co mogłoby ci pomóc w pozbyciu się tych barier?

.....
.....
.....

Co jest wokół Ciebie (otoczenie)?

1. Kto z tobą mieszka? Zaznacz wszystkie odpowiedzi, które mają zastosowanie:

- Małżonek lub partner(zy) Dziecko(dzieci)
 Inna rodzina (np. rodzic, dziadek, rodzeństwo itp.)
 Współlokatorzy Zwierzęta domowe

2. Czy masz dzieci? Jeśli tak, to ile i w jakim są wieku?

.....

3. Kto w Twoim gospodarstwie domowym robi najczęściej zakupy spożywcze?
Zaznacz wszystkie odpowiedzi, które mają zastosowanie:

- Ja Współlokatorzy Inna rodzina
 Małżonek lub partner(zy) Dziecko(dzieci)

4. Kto w Twoim gospodarstwie domowym najczęściej gotuje?
Zaznacz wszystkie odpowiedzi, które mają zastosowanie:

- Ja Współlokatorzy Inna rodzina
 Małżonek lub partner(zy) Dziecko(dzieci)

5. Kto decyduje o większości jadłospisów/rodzajów posiłków w Twoim gospodarstwie domowym?

Zaznacz wszystkie odpowiedzi, które mają zastosowanie:

- Ja Współlokatorzy Inna rodzina
 Małżonek lub partner(zy) Dziecko(dzieci)

6. W jakim stopniu ludzie i otoczenie wokół Ciebie wspierają Twoje zdrowie, kondycję i/lub zmianę zachowania?

WCAŁE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CAŁKOWICIE
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Jakie jest Twoje zdrowie?

1. Czy zdiagnozowano u Ciebie (obecnie lub w przeszłości) jakiegokolwiek istotne choroby i/lub urazy? TAK / NIE

Jakie to choroby:

.....
.....
.....

2. Czy obecnie masz jakieś szczególne problemy zdrowotne, choroby, ból i/lub urazy? TAK / NIE

Jakie to choroby:

.....
.....
.....

3. Czy bierzesz teraz jakieś leki, bez recepty lub na receptę? TAK / NIE

Jakie to leki:

.....
.....
.....

W skali od 1 do 10, jak oceniłbyś swoje obecne zdrowie?

ŹLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DOBRZE
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

Dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jak spędzasz czas?

Ile przeciętnie godzin w tygodniu spędzasz:

- W pracy / szkole?
- Podróżując i/lub dojeżdżając do pracy?
- Opiekując się innymi? (np. dzieci, osoba z niepełnosprawnością, osoba starsza)
- Wykonując inną nieodpłatną pracę? (np. prace domowe, ogrodowe)
- Wolontariat?

Sumując wszystkie te rzeczy, ile godzin tygodniowo spędzasz na wykonywaniu tych wszystkich czynności?

.....

W skali od 1 do 10, jak oceniasz swój harmonogram, wykorzystanie czasu i ogólne zajęcie?

CHAOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	RELAKS
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

Jakie masz hobby/pasję/przyjemności?

.....
.....
.....

Ile czasu w tygodniu przeznaczasz dla siebie (hobby, przyjemności)?

.....
.....

Jaki jest Twój poziom stresu i energii?

Pomyśl o wszystkich czynnościach, w które jesteś zaangażowany (np. praca, szkoła, opieka, prace domowe, podróże). Następnie oceń najlepiej jak potrafisz:

1. Biorąc pod uwagę wszystkie wymagania Twojego życia, jaki jest Twój typowy poziom stresu w przeciętny/standardowy dzień?

BRAK STRESU	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DUŻY STRES
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

2. Ile godzin dziennie śpisz?

4 lub mniej godzin 5 godzin 6 godzin 7 godzin 8 godzin 9 godzin
 10 lub więcej godzin

3. Jak zwykle radzisz sobie ze stresem?

.....
.....
.....
.....
.....

4. Jaki jest Twój poziom energii na co dzień?

BRAK ENERGII	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DUŻO ENERGII
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

5. Co to dla Ciebie oznacza?

.....
.....
.....

6. Jaki jest Twój poziom zadowolenia z życia?

BRAK ZADOWOLENIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	JEST SUPER
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

Na ile jesteś gotowy, chętny i zdolny do zmiany?

Na chwilę obecną w skali 1-10:

Jak **GOTOWY** jesteś na zmianę swoich zachowań i nawyków?

WCALE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CAŁKOWICIE
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Jak **CHĘTNY** jesteś do zmiany swoich zachowań i nawyków?

WCALE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CAŁKOWICIE
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Na ile **MOŻESZ** zmienić swoje zachowania i nawyki?

WCALE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CAŁKOWICIE
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Na ile **WIERZYSZ**, że uda Ci się zmienić swoje zachowania i nawyki?

WCALE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CAŁKOWICIE
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Jak widzisz naszą współpracę?

Czego oczekujesz ode mnie jako psychodietetyka?

.....
.....
.....
.....

Co jesteś gotowy zrobić, aby osiągnąć swoje cele?

.....
.....
.....
.....

Wypełnij możliwe dokładnie i szczerze ten formularz, dzięki temu będę w stanie lepiej Ci pomóc.

Wszelkie informacje są i zawsze pozostaną poufne!

DANE DO FAKTURY (dotyczy opłacenia spotkania - fakturę wyśle po spotkaniu):

Nazwa firmy

Adres

NIP: