

1. Wiek:
2. Wzrost:
3. Aktualna masa ciała:
4. Płeć:
5. Czy ma Pani/Pan stwierdzone nietolerancje lub alergie pokarmowe? (Jeśli tak, to jakie?)  
.....
6. Czy ma Pani/Pan rozpoznane choroby przewlekłe lub występuje u Pani/Pana podwyższone stężenie glukozy, cholesterolu lub nadciśnienie? .....  
.....
7. Czy przyjmuje Pani/Pan jakieś leki lub suplementy diety na stałe? (Jeśli tak, to jakie?)  
.....
8. Jaki tryb pracy/ życia Pani/Pan prowadzi? .....
9. Czy występuje u Pani/Pana dodatkowa aktywność fizyczna? (Jeśli występuje, to prosimy o dokładne opisanie rodzaju, częstotliwości, intensywności i czasu trwania aktywności.) .....  
.....  
.....
10. Czy któryś z poniższych składników chciałaby/-łby Pani/Pan wykluczyć ze swojej diety? (proszę zaznaczyć maksymalnie 3)
  - Laktoza
  - Gluten
  - Ryby i owoce morza
  - Mięso (mięso białe i czerwone)
  - Seler
  - Nabiał (produkty mleczne i jaja)
  - Papryka świeża
  - Cebula świeża
  - Soja
  - Orzechy
11. Jakie są Pani/Pana oczekiwania względem diety? .....  
.....  
.....