



1. Wzrost
2. Waga obecna
3. Choroby przewlekłe
4. Czy ma Pani/Pan podwyższony poziom cholesterolu, cukru ?
5. Czy występują jakieś stwierdzone alergie pokarmowe lub nietolerancje?
6. Czy przyjmuję Pan/Pani jakieś leki na stałe?
7. Czy aktywność fizyczna się pojawia, jeśli tak to jaka? (aktywność fizyczna to również codzienny spacer)
8. Jaki tryb pracy Pan/Pani prowadzi?
9. Ile dotychczas występowało posiłków?
10. Jakich produktów Pan/Pani nie lubi, a jakie lubi? (jeśli takie są)
11. Jaki Pan/ Pani ma oczekiwania względem diety?

