

Dotazník

☐ Program řízené redukce hmotnosti ☐ ortopedický pacient ☐ jiné:

Jméno a příjmení:	Datum narození:
Zaměstnání:	Věk:

Nemoci, se kterými se léčím:

Léky, které užívám:

Spánek (doba spánku, kvalita):

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Noční směny	ANO	NE
-------------	-----	----

Hmotnost:	Výška:
-----------	--------

Hmotnost v 18 letech:

Maximální hmotnost:	v kolika letech:
---------------------	------------------

Maximální hmotnost v těhotenství:

V rodině měli nadváhu	ANO	NE
-----------------------	-----	----

V rodině byli obézní	ANO	NE
----------------------	-----	----

Problémy s váhou máte v souvislosti:

- nástup do zaměstnání	ANO	NE
- pracovní problémy	ANO	NE
- sňatek	ANO	NE
- rodinné problémy	ANO	NE
- porod, kojení	ANO	NE
- menopauza	ANO	NE
- onemocnění	ANO	NE
- omezení pohybu	ANO	NE
- více stravy	ANO	NE
- jiné:		

Kolikrát jste se pokoušel/a zhubnout:

Jaké diety jste držel/a:		
Pohybová aktivita:		
pohybujete se rád/a	ANO	NE
pohyb vás nebaví, ale přinutíte se	ANO	NE
pohyb nemáte rád/a	ANO	NE
pohybujete se denně alespoň 30 minut mírnou tělesnou aktivitou (např. chůze)	ANO	NE
pohybujete se denně alespoň 30 minut vyšší tělesnou aktivitou (kolo, běh, cvičení)	ANO	NE
pohybujete se alespoň 3x týdně 30 minut mírnou tělesnou aktivitou (např. chůze)	ANO	NE
pohybujete se alespoň 3 x týdně 30 minut vyšší tělesnou aktivitou (kolo, běh, cvičení)	ANO	NE
pohybujete se jen doma a v zaměstnání	ANO	NE
pohybujete se podle platných doporučení (150 minut střední intenzity nebo 75 minut vysoké intenzity za týden)	ANO	NE

Stravování:		
stravujete se pravidelně	ANO	NE
máte chuť k jídlu	ANO	NE
trpíte pocitem hladu	ANO	NE
zaháníte stres jídlem	ANO	NE
Snídáte	ANO	NE
Počet jídel během dne:		
Největší porci máte kdy:		
Poslední jídlo jíte v kolik hodin:		
V kolik hodin jdete spát:		
Kolik vypijete denně tekutin (mimo kávu):		z toho alkoholu:

Datum	Podpis klienta