

## ANKIETA

### OCENA STANU ZDROWIA DO PROGRAMU MÓJ DIETETYK

Imię i nazwisko  
Ubezpieczonego

PESEL

Data urodzenia

Masa ciała (kg)

Wzrost (cm)

Obwód talii (CM)

Obwód bioder (cm)

#### Czy aktualnie choruje Pani/ Pan na niżej wymienioną chorobę?

(Prosimy o zaznaczenie TAK lub NIE)

Miażdżyca	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Cukrzyca typ I	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Cukrzyca typ II	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Nadczynność tarczycy	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Niedoczynność tarczycy	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Osteoporoza	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Przebyty zawał serca /udar	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Choroba wrzodowa	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Choroby nerek	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Choroby jelit	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Choroby wątroby	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Dna moczanowa	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Choroby reumatyczne	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Alergia/nietolerancja pokarmowa	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Depresja	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Zaburzenia odżywiania	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK
Inne choroby dolegliwości	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK

Jeśli zaznaczono TAK - proszę opisać

**UWAGA: Jeśli zaznaczono którąś z w/w chorób, należy załączyć wyniki badań z ostatnich 3 miesięcy (dokument elektroniczny, skan lub zdjęcie).**

---

**Czy przyjmuje Pan/Pani leki lub suplementy diety?**

 NIE TAK

Jeśli zaznaczono TAK - jakie? Proszę podać pełną nazwę i dawki:

---

**Czy pali Pani/Pan papierosy?**

 NIE TAK

**Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy korzystał Pan/Pani z porad dietetyka?**

 NIE TAK

**Czy w ciągu ostatnich miesięcy był Pan/Pani na diecie?**

 NIE TAK

Jeśli TAK – to jakiej?

---

**Jak ocenia Pani/Pan swoją aktywność fizyczną?**

 Mała Umiarkowana Duża

Oświadczam, że odpowiedziałam/em zgodnie z prawdą na zadawane mi w ankiecie pytania i nie zataiłam/em żadnej informacji o stanie mojego zdrowia.

Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego