ANKIETA

Dzień dobry,

Witamy Pana/Panią na eliminacjach do Plebiscytu Kuriera Porannego „ZRZUCAMY KILOGRAMY".
Prosimy o uzupełnienie poniższej ankiety, na podstawie której komisja ekspercka, składająca się z lekarza, dietetyka i trenera personalnego, dokona wstępnej oceny stanu Pani/Pana zdrowia.

Informujemy, że niniejsza ankieta pozostaje tylko do wiadomości Organizatora oraz komisji. Dane w niej zawarte, za wyjątkiem pkt 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 20, 23, 24, 26, 28 nie będą ujawniane, udostępniane ani przetwarzane przez inne podmioty. Zostaną wykorzystane tylko i wyłącznie dla zakwalifikowania danego Uczestnika do plebiscytu i jego przeprowadzenia. ***Sam Uczestnik ma prawo do wyrażenia zgody na ujawnienie poniższych danych (poprzez zaznaczenie w ankiecie pola □ zgoda □ brak zgody na publikację).*** *Zgoda obejmuje rozpowszechnienie danych na łamach Kuriera Porannego, wersja papierowa i internetowa, w celach dziennikarskich oraz w ramach plebiscytu.*

1. **Imię i nazwisko:** ……..

2. **Kontaktowy numer telefonu:** …….…..... oraz adres **e-mail**

…….....

3. **Płeć** □ Kobieta □ Mężczyzna

4. **Wiek** ……..……

5. **Wysokość ciała** (w cm) ……

6. **Masa ciała** (w kg) …….

7. **Dlaczego zgłosiłaś/zgłosiłeś się do programu "Zrzucamy kilogramy"?**

……

……

……

……..

8. **Rodzaj wykonywanej pracy**:
□ praca fizyczna □ praca biurowa □ praca mieszana

9. **Czy masz problemy ze snem**?
□ tak (*jakie*?) ……. □ nie

□ *zgoda* □ *brak zgody*

10. **Czy palisz papierosy?**
□ tak (*od jak dawna*?) …… □ nie
□ *zgoda* □ *brak zgody*

11. Czy pijesz alkohol?
□ tak (*jak często*?) …….
□ alkohol niskoprocentowy □ alkohol wysokoprocentowy

□ nie

□ *zgoda* □ *brak zgody*

12. **Od jak dawna masz problem z nadwagą/otyłością?**
……

13. **Czy w Twojej najbliższej rodzinie są/były osoby otyłe?**
□ tak □ nie

□ *zgoda* □ *brak zgody*

14. Czy próbowałeś odchudzać się farmakologicznie?
□ tak □ nie
□ *zgoda* □ *brak zgody*

15. Czy stosowałaś/stosowałeś już diety odchudzające?
□ tak (*jakie*?)…….
(*jak długo*?) ……

□ nie

□ *zgoda* □ *brak zgody*

16. Czy przyjmujesz/przyjmowałeś suplementy diety?
□ tak □ nie

□ *zgoda* □ *brak zgody*

17. Czy przyjmujesz leki?
□ tak (*jakie*?)
…….
□ nie

□ *zgoda* □ *brak zgody*

18. Czy masz zdiagnozowane choroby związane z:
□ sercem
□ tarczycą
□ trzustką

□ *zgoda* □ *brak zgody*

19. Czy miałaś/miałeś przeprowadzone zabiegi chirurgiczne w obrębie jamy brzusznej, resekcje jelit, woreczka żółciowego?
□ tak (*jaki zabieg*?)
……..
□ nie

□ *zgoda* □ *brak zgody*

20. Ile posiłków w ciągu dnia spożywasz? ……

21. Czy masz alergię pokarmową?
□ tak (*na jakie produkty?)* ……
□ nie

□ *zgoda* □ *brak zgody*

22. Czy masz przeciwwskazania do stosowania diety o obniżonej wartości energetycznej?
□ tak (*jakie*?) ……..... □ nie

□ *zgoda* □ *brak zgody*

23. Ile pijesz wody dziennie? …….

24. Czy uprawiasz jakiś sport?
□ tak □ nie

25. Czy masz przeciwwskazania do ćwiczeń fizycznych?
□ tak (*jakie*?) ……..
□ nie

□ *zgoda* □ *brak zgody*

26. Czy jesteś gotowa / gotowy do stosowania się do realizacji planu treningowego oraz zaleconej diety?
□ tak □ nie

27. W jakich godzinach możesz odbywać treningi personalne?
……

□ *zgoda* □ *brak zgody*

28. Ile kilogramów chciałabyś/chciałbyś schudnąć podczas projektu, podczas miesięcznie kuracji odchudzającej?
□ do 5kg
□ 5-10 kg
□ 11-15 kg
□ pow. 15.kg

DATA: ……

PODPIS: ……

Dziękujemy i życzymy powodzenia!

Redakcja Kuriera Porannego