



Villa Park

MED & SPA
CIECHOCINEK

1. Imię
2. Nazwisko
3. Telefon kontaktowy
4. Adres e-mail
5. Data urodzenia
6. Wzrost (cm)
7. Aktualna masa ciała (kg)
8. Masa ciała, którą chce Pan/i osiągnąć
9. Alergie pokarmowe
10. Przyjmowane leki
11. Przyjmowane suplementy diety
12. Przebyte choroby
13. Czy obecnie choruje Pan/i przewlekle? *Jeśli tak, proszę wymienić schorzenia*

14. Alergie (nie tylko pokarmowe)

15. Czy odczuwa Pan/i którąkolwiek z poniższych dolegliwości?

Dolegliwości	Tak / Nie
Bezsennność lub zaburzenia snu	
Zmęczenie i brak energii	
Bóle głowy	
Problemy z trawieniem (niestrawność, zaparcia, spowolnione trawienie, wzdęcia, uczucie przelewania)	
Problemy z cerą, skłonność do wysypek i egzem	
Drażliwość, nerwowość, trudności z opanowaniem gniewu	
Bóle stawów	

16. Główne nawyki żywieniowe:

Produkty	Ile razy dziennie?	Wielkość porcji (sztuki/szklanki/itp.)
Kawa		
Herbata		
Cukier		
Słodycze		
Sól		
Słone przekąski (krakersy, paluszki, chipsy, słone orzeszki itp.)		
Napoje gazowane/ niegazowane		
Dania typu Fast-food		
Alkohol		
Papierosy		
Woda		

17. Najczęściej w jaki sposób reaguje Pan/i na sytuacje stresowe?

- a. Podjadaniem
- b. Brakiem apetytu
- c. Stres nie wpływa na mój apetyt

18. Czy podjada Pan/i w wolnych chwilach, gdy się nudzi lub gdy ogląda TV?

19. Czy stosuje Pan/i jakąś dietę?

- a. Nie
- b. Tak – proszę zapisać efekty:

20. Czy w przeszłości stosował/a Pan/i dietę/y odchudzające?

- a. Nie
- b. Tak - proszę zapisać efekty:

21. Jak określiłby/aby Pan/i tryb swojego życia?

22. Pan/i zdaniem prowadzona aktualnie aktywność fizyczna w czasie wolnym jest na poziomie:

- a. Niskim
- b. Umiarkowanym
- c. Wysokim

23. Jak spędza Pan/i czas wolny?

24. Proszę o szczegółowe określenie swoich preferencji żywieniowych

Produkty	Preferowane	Nielubiane lub przeciwwskazane
Zbożowe (jak pieczywo, kasze, ryż, makaron, płatki)		
Mięso		
Ryby		
Warzywa		
Owoce		
Mleczne		
Inne		

25. Proszę dokończyć zdanie: Nie wyobrażam sobie życia bez

26. Proszę określić swoje umiejętności kulinarne:

- a. Świetnie gotuję dla siebie i rodziny/znajomych
- b. Nie boję się gotować, mimo iż czasem mi nie wychodzi
- c. Potrafię przygotować kanapki i jajecznicę

27. Proszę zapisać w tabeli swój przykładowy jadłospis

Posiłek	Godzina	Miejsce konsumpcji (dom, praca, restauracja, bar szybkiej obsługi)	Produkty (nazwa)	Ilość spożyta (miara domowa: szklanka, sztuka, łyżeczka itp.)	Emocje towarzyszące jedzeniu
<i>Przykład</i>					
<i>Śniadanie</i>	<i>6:30</i>	<i>Dom</i>	<i>Chleb Masło Sopocka Sałata lodowa Herbata Cukier Cytryna</i>	<i>3 kromki Cienko smarowane 3 plastry 2 liście 1 szklanka 1 łyżeczka 1 plasterka</i>	<i>Głód, pośpiech związany z wyjściem do pracy</i>

--	--	--	--	--	--

28. Dlaczego chce Pan/i przystąpić do programu detoksykacji organizmu?

Ja, niżej podpisana/podpisany

.....oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez MPM Hotele SPA sp. z o.o. moich danych osobowych, w szczególności podanych wyżej danych o moim stanie zdrowia, zgodnie z ustawą z 29. sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101,poz. 926 ze zm.). Niniejsza zgoda, w zakresie w jakim odnosi się do przetwarzania danych o stanie mojego zdrowia, dotyczy przetwarzania jedynie w zakresie koniecznym do utworzenia dla mnie programu żywieniowego zgodnie z ofertą MPM Hotele SPA sp. z o.o. (pobyt detoksykacyjny w hotelu Villa Park MED&SPA).

Oświadczam również, że zostałam poinformowana o przysługującym mi prawie do wglądu, modyfikacji i żądania trwałego usunięcia moich danych ze zbioru, w którym będą gromadzone i przetwarzane.

.....
Miejscowość, data, czytelny podpis Klienta