



ANKIETA DLA UCZESTNIKÓW ZAJĘĆ GRUPY WSPARCIA DLA „ PUSZYSTYCH ”

1. Imię i nazwisko.....

2. Wiek.....

3. Kontakt (adres, telefon)

4. Waga.....Wzrost.....

5. Czy kiedykolwiek odchudzałaś się? (właściwe podkreśl) TAK NIE

6. Ile razy?.....

7. Jakie metody stosowałaś (podkreśl właściwe)?

DIETA LEKI PREPARATY ZIOŁOWE GŁODÓWKI AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA (napisz jaka)

8. Czy udało ci się zeszczupleć? TAK NIE

9. Ile kilogramów?.....

10. Czy wystąpił u ciebie efekt jo-jo? TAK NIE

11. Czy leczysz się z powodu przewlekłych chorób?

NADCIŚNIENIE

CUKRZYCA

CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA

CHOROBY UKŁADU RUCHU (kręgosłupa, stawów)

INNE.....

12. Czy zażywasz stale jakieś leki? TAK NIE

13. Jakie?.....

14. Czy jesteś zdecydowana uczestniczyć w zajęciach naszej grupy? TAK NIE

15. Która z proponowanych przez nas form interesuje cię najbardziej (można podkreślić dowolną ilość odpowiedzi)

ĆWICZENIA NA SALI SIŁOWNIA BASEN
SPOTKANIA Z DIETETYKIEM PRELEKCJE SPECJALISTÓW

16. Jaka powinna być częstotliwość zajęć?

RAZ W TYGODNIU

DWA RAZY W TYGODNIU

TRZY RAZY W TYGODNIU

17. Twoje uwagi (oczekiwania, propozycje, wątpliwości)

.....

.....

.....

.....

.....
(podpis)