



DOTT. CRISTIAN MASTROPIETRO BIOLOGO NUTRIZIONISTA

(PORTARE IL TEST COMPILATO IN VISITA O INVIARLO PER E-MAIL A MASTROCRIS@LIVE.IT O WHATS APP AL NUMERO 392/3784664)

TEST SULLO STILE DI VITA E ABITUDINI ALIMENTARI

PAZIENTE:

NOME:

COGNOME:

ETA':

QUANTE VOLTE MANGIO AL GIORNO? (SPUNTINI INCLUSI)	1	2	3	4	5	6	>6
--	---	---	---	---	---	---	----

QUANDO HO PIU' FAME?

PRIMA DELLA COLAZIONE	
PRIMA DI PRANZO	
POMERIGGIO	
PRIMA DI CENA	
DOPO CENA	

SALTO MAI IL PASTO O LA COLAZIONE?	SI	NO	A VOLTE
MANGIO DISTRATTO?	SI	NO	A VOLTE
SPESSO NON MANGIO A TAVOLA (ES. DAVANTI ALLA TV O PC)?	SI	NO	A VOLTE
MANGIO DA SOLO?	SI	NO	A VOLTE
MANGIO VELOCEMENTE?	SI	NO	A VOLTE

MI CAPITA DI MANGIARE QUANDO NON HO FAME IN MANIERA INCONTROLLATA
(ES. MISCHIANDO DOLCE/SALATO):

SI SPESSO (PIU' DI UNA VOLTA A SETT)	
SI, DI RADO (ES. UNA VOLTA AL MESE)	
NO	

DURANTE LA NOTTE MI ALZO PER MANGIARE?

SI SPESSO (PIU' DI UNA VOLTA A SETT)	
SI, DI RADO (ES. UNA VOLTA AL MESE)	
NO	

QUESTI SONO I MIEI 3 ALIMENTI PREFERITI: ELEN CARE

1	
2	
3	

MI PIACCIONO I SEGUENTI ALIMENTI?

	SI	NO	SONO INTOLEERANTE
LATTE:	SI	NO	
YOGURT BIANCO:	SI	NO	
FORMAGGI:	SI	NO	
SOYA: SI/NO	SI	NO	
LEGUMI:	SI	NO	
ALIMENTI INTEGRALI:	SI	NO	
FRUTTA:	SI	NO	
FRUTTA SECCA:	SI	NO	
CEREALI (ES. FRUMENTO, FARRO, ORZO, RISO,ECC)	SI	NO	
PSEUDOCEREALI (ES. QUINOA, GRANO SARACENO)	SI	NO	
UOVA:	SI	NO	
PESCE:	SI	NO	
CARNE BIANCA:	SI	NO	
CARNE ROSSA:	SI	NO	
AFFETTATI:	SI	NO	
TEMPEH	SI	NO	
TOFU	SI	NO	
SEITAN	SI	NO	
VERDURA COTTA	SI	NO	
VERDURA CRUDA	SI	NO	

ALIMENTI CHE NON MI PIACCIONO: ELEN CARE:

--

PREFERENZE ALIMENTARI:

SALATO	
DOLCE	

ALTRE ABITUDINI:

QUANTA ACQUA BEVO AL GIORNO?

<1 LITRO	
1-2 LITRI	
>2 LITRI	

BEVO BIBITE GASSATE O SUCCHI DI FRUTTA?

SI, OGNI GIORNO	
SI, A VOLTE	
SI, RARO	
NO	

QUANTE BEVANDE ZUCCHERATE AL GIORNO? (INCLUSI CAFFE',TE',ECC):	1	2	3	4	5	6	>6
--	---	---	---	---	---	---	----

BEVO ALCOLICI?

SI, OGNI GIORNO		TIPO E QUANTITA':
SI, A VOLTE		TIPO E QUANTITA':
SI, RARO		TIPO E QUANTITA':
NO		

LA MIA GIORNATA ALIMENTARE TIPO (SCRIVERE GLI ALIMENTI):

COLAZIONE:

--

SPUNTINO MATTUTINO:

--

PRANZO:

--

SPUNTINO POMERIDIANO:

--

CENA:

--

NEL WEEKEND MANGIO DIVERSAMENTE?

SI, MANGIO SPESSO FUORI CASA	
SI, MANGIO PIU' COMPLETO/ELABORATO	
NO	

ATTIVITA' FISICA:

SI	NO								
QUANTE VOLTE A SETTIMANA?		1	2	3	4	5	6	>6	

ORARIO DI SVOLGIMENTO ATTIVITA' FISICA:

MATTINO	
POMERIGGIO	
PRIMA DI CENA	
DOPO CENA	

PRATICO LA SEGUENTE ATTIVITA' FISICA (DESCRIVERE L'ATTIVITA')

--

CAMMINO SPESSO?

SI	NO
----	----

QUANTI PASSI IN MEDIA AL GIORNO?

<2.000	
TRA 2.000 E 5.000	
TRA 5.000 E 10.000	
>10.000	

COME DORMO:

MI ADDORMENTO

FACILMENTE	
CON DIFFICOLTA'	

MI RISVEGLIO LA NOTTE:

SPESSO	
MAI	

GENTILI PAZIENTI, DESIDERO INFORMARVI CHE I VOSTRI DATI SONO UTILIZZATI SOLO PER SVOLGERE LE ATTIVITA' NECESSARIE PER L'ELABORAZIONE DELLA DIETA.

AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 679/16, IN RELAZIONE AI DATI PERSONALI CHE LA RIGUARDANO E CHE SARANNO OGGETTO DEL TRATTAMENTO, LA INFORMO DI QUANTO SEGUE.

I DATI SENSIBILI DA LEI FORNITI VERRANNO TRATTATI SECONDO I PRINCIPI DI LICEITÀ, CORRETTEZZA, ADEGUATEZZA ED IN GENERALE NEI LIMITI DI QUANTO PREVISTO DAL REGOLAMENTO PER LE FINALITÀ DI ELABORAZIONE DIETA (CONSULENZA, DIAGNOSI, ECC) CONNESSE ALL'ASSOLVIMENTO DELL'INCARICO PROFESSIONALE DA LEI CONFERITO;

DATA _____ FIRMA LEGGIBILE _____