

# Kwestionariusz

Daj się poznać zanim spotkamy się na konsultacji. Odpowiedz proszę na poniższe pytania.

*Jeśli wypełniasz ten kwestionariusz cyfrowo, zaznacz swoje odpowiedzi albo innym kolorem, albo wytłuszczeniem, albo podkreśleniem.*

data wypełnienia:

IMIĘ:

NAZWISKO:

WIEK:

WZROST:

MASA CIAŁA:

PALĄCY:

E-MAIL:

TELEFON:

## 1. Czy biegasz?

- nie
- dopiero zaczynam
- tak (od kiedy?)

## 2. Jaki jest Twój cel konsultacji? Opisz najdokładniej jak możesz czego oczekujesz po tej konsultacji. Jakie masz pytania, wątpliwości itp.

.....

.....

.....

.....

**Bieganie zmienia życie**

Wiolka Czuryńska



### 3. Jak określił(a)byś swój stopień motywacji do biegania?

- Bardzo wysoki
- Wysoki
- Średni
- Niski

### 4. Jak obecnie wygląda Twój trening biegowy? Opisz co robisz. Ile biegasz, jak, gdzie. Jeśli biegasz, odpowiedz na to pytanie. Jeśli nie, pominiń je.

### 5. Jak często trenujesz w tygodniu? Jakie są to treningi? Czy tylko biegowe, czy jeszcze trenujesz coś innego?

### 6. Czy doskwierają Ci obecnie jakieś dolegliwości lub choroby? Zakreśl właściwe.

- Astma lub choroby oddechowe
- Wady wzroku, napisać jakie.....
- Cukrzyca typu I lub II
- Zabieg operacyjny w przeciągu ostatnich 12 miesięcy, napisz jaki.....
- Choroby nerek
- Niedoczynność lub nadczynność tarczycy
- Przewlekła niewydolność żylna
- Bóle kostno-stawowe
- Bóle w klatce piersiowej
- Zwiększony poziom cholesterolu LDL
- Problemy ze snem
- Częste rozdrażnienie, stany depresyjne
- Bóle kręgosłupa w odc.: .....

**Bieganie zmienia życie**

Wiolka Czuryńska



- Alergie żywieniowe, wymień, na jakie produkty: .....
- Inne, wymień: .....
- ŻADNA Z WYMIENIONYCH

**7. Jak oceniasz swoją obecną sprawność fizyczną? Oceń swoją sprawność fizyczną w skali od 1 do 5 (1 – brak sprawności, 5 – maksymalna sprawność). Opisz swój wybór.**

- Jestem bardzo sprawna
- Jestem dość sprawna
- Jestem mało sprawna
- Jestem bardzo mało sprawny lub w ogóle nie jestem sprawny

**8. Jak jest Twój stosunek do aktywności fizycznej?**

- Lubię się ruszać
- Obojętnie
- Nie lubię się ruszać

**7. Czy masz jakieś przeciwwskazania aktywności fizycznej (wydane przez lekarza)?**

.....  
.....

**8. Czy przyjmujesz regularnie jakieś leki lub suplementy diety? (W tym środki antykoncepcyjne) Napisać, jakie:**

.....  
.....

**9. Kiedy ostatnio wykonywałeś badania krwi, moczu, próby wątrobowe lub inne badania i jaki był ich wynik?**

- Wszystkie wskaźniki w normie

**Bieganie zmienia życie**

Wiolka Czuryńska



- Niektóre wskaźniki podwyższone/obniżone, wymieniń, które:

.....  
 .....

Przybliżona data badań

.....

## 10. Jaki jest Twój obecny poziom aktywności fizycznej?

- Siedzący (brak aktywności fizycznej)
- Mało aktywny (bez treningu, dużo aktywności, np. chodzenie)
- Średnio aktywny (ćwiczenia fizyczne 2 razy w tygodniu)
- Aktywny (ćwiczenia fizyczne 3 i więcej razy w tygodniu)

## 11. Jaki jest charakter Twojej pracy?

- Umysłowy
- Lekko fizyczny
- Średnio fizyczny
- Mocno fizyczny

## 12. W jakich godzinach wykonujesz pracę?

.....  
 .....

## 13. Opisz swoją dobową aktywność (czas trwania – łącznie 24h):

Sen.....

Stanie.....

Chodzenie.....

Drobne aktywności, np. sprzątanie, majsterkowanie, zabawa z dziećmi.....

Siedzenie.....

**Bieganie zmienia życie**

Wiolka Czuryńska



#### 14. Zaznacz właściwe:

- Posiłki przygotowuję w domu
- Posiłki spożywam o nieregularnych godzinach
- Mam nieregularny tryb życia
- Spożywam produkty gotowe do spożycia
- Odżywiam się „na mieście”

#### 15. Jakie napoje i w jakich ilościach spożywasz w ciągu dnia?

- Woda
- Woda smakowa
- Herbata
- Kawa
- Słodkie napoje gazowane
- Alkohol
- Soki
- Inne, wymienić jakie.....

#### 16. Proszę opisać swoje posiłki:

posiłek	Co spożywam	godzina
śniadanie		
II śniadanie/ przekąska		
obiad		

**Bieganie zmienia życie**

Wiolka Czuryńska

www.wiolkaczuryńska.pl  
 @Wiolka Czuryńska - Biegam dla Kobiet  
 @biegamdlakobiet



wiolka@wiolkaczuryńska.pl  
 +48 795 072 677

Podwieczorek /przekąska		
Kolacja + podjadanie wieczorne		

### 17. Wymień:

Produkty, które szczególnie lubię	Produkty, za którymi nie przepadam, ale zjem jeśli trzeba	Produkty, których nie cierpię i nie zjem na pewno	Mam alergię pokarmową/szkodzi mi

### 18. Ile posiłków dziennie chciałbyś jeść? (możliwości czasowe)

- 3
- 4
- 5

### 19. Czy chciałbyś zmaksymalizować proces treningowy włączając dodatkową, indywidualnie dobraną suplementację?

- Tak
- Nie

**Bieganie zmienia życie**

Wiolka Czuryńska

www.wiolkaczuryńska.pl  
@Wiolka Czuryńska - Biegam dla Kobiet  
@biegamdlakobiet



wiolka@wiolkaczuryńska.pl  
+48 795 072 677

## 20. Jak często możesz trenować uwzględniając aktualne możliwości czasowe? (samodzielnie lub z trenerem)

- 2-3
- 3-4
- 5

## 21. Jaką aktywność fizyczną lubisz najbardziej?

- Trening siłowy na siłowni
- Trening siłowy z własnym ciałem
- Bieganie
- Pływanie
- Jazda na rolkach/łyżwach
- Nordic Walking
- Chodzenie po górach
- Spacery
- Inne, wymienić jakie:.....

## 22. Czy jesteś w stanie samodzielnie przygotowywać posiłki?

- Tak
- Nie
- Tylko w weekendy

## 23. Czy w Twojej diecie jest coś czego nie potrafisz sobie odmówić? Co to jest?

.....

.....

## 24. Czy jest coś o co nie zapytałam w tej ankiecie, a chcesz dodać? Napisz to tutaj.

.....

**Bieganie zmienia życie**

Wiolka Czuryńska

www.wiolkaczuryńska.pl  
@Wiolka Czuryńska - Biegam dla Kobiet  
@biegamdlakobiet



wiolka@wiolkaczuryńska.pl  
+48 795 072 677

