

Godkänner du de allmänna villkoren på
www.everydaywellness.se/gdpr?

JA NEJ

Ålder:

Vikt:

Kön:

Kvinna

Längd:

Man

ID-KOD:

2 mål med denna rådgivning:

Vilka utmaningar eller hinder har du för att nå målen?

Har du fått någon diagnos på sjukdom av läkare (exv. IBS, Autoimmun sjukdom, PCOS, högt blodtryck osv)?

Äter du något läkemedel?

Ange exempel på intag av mat och dryck under en veckodag:

Ange exempel på intag av mat och dryck under en helgdag:

Äter du enligt någon speciell kosthållning, ange i så fall vilken?

Hur ser du på ditt förhållningssätt till mat?

Hur många måltider äter du per dag (inkl. mellanmål)?

Hur många dagar i veckan äter du glass, godis, kakor, pizza, chips osv?

Hur många dagar i veckan äter du halvfabrikat/färdig mat?

Har du några allergier eller intoleranser (eller något livsmedel som du gärna utesluter)?

Har du testat fasta någon gång? JA NEJ

Om ja, vilken typ och hur har det fungerat?

Tack för din tid och för dina ärliga svar!