

STUDIO NUTRIZIONISTA
Dott. Marco Gallo
Via Lagrange 01 Milano - GETFIT Via Meda 52
Tel. 345 9766492 mail: dottgallo.nutrizionista@gmail.com
www.dottgallo.it

Nome Cognome Data di nascita

E-mail Tel.

Altezza Peso attuale Variazione di peso (ultimi 2 anni) Min. Max.

Professione Orari

Sport/attività praticata

Al mattino fai colazione? Se si dove e cosa bevi e mangi?

Effettui il pranzo? Se si dove e cosa bevi e mangi?

Nel pomeriggio effettui uno snack? Se si cosa bevi e mangi?

La sera ceni? Se si dove e cosa bevi e mangi?

Preferisci il "dolce" o il "salato" o ambedue? Scrivi 5 piatti o pietanze da te preferiti.

Scrivi 5 piatti o pietanze che non ti piacciono o semplicemente preferisci evitare.

Scrivi 5 piatti o pietanze che pensi siano salutari di cui abitualmente fai uso.

Ti piace cucinare?

Riesci a dedicare giornalmente del tempo alla cucina per la preparazione dei pasti?

Pensi ci sia qualcosa di sbagliato nella tua alimentazione?

Cosa mangi e bevi prima di effettuare un allenamento?

STUDIO NUTRIZIONISTA
Dott. Marco Gallo
Via Lagrange 01 Milano - GETFIT Via Meda 52
Tel. 345 9766492 mail: dottgallo.nutrizionista@gmail.com
www.dottgallo.it

Ritieni che l'alimentazione sia importante per il rendimento sportivo ?

Ritieni che la tua alimentazione sia adeguata al tuo sport?

Hai mai effettuato una dieta o controllo del cibo assunto? Se sì per quanto tempo e con quali risultati.

Leggi le etichette riportate sugli alimenti?

Sai cosa siano, a cosa servano e in quali alimenti si trovano:

-PROTEINE

-CARBOIDRATI

-GRASSI

-VITAMINE

-SALI MINERALI

DIARIO ALIMENTARE, Compilare indicando:

- Alimento assunto
- Quantità o porzioni
- Orario di assunzione

	1° GIORNO	2°	3°	4°	5°	6°	7°
COLAZIONE							
PRANZO							
SPUNTINO							
CENA							
NOTE							

DIARIO ATTIVITA' GIORNALIERA (ES. SPORTIVA, LAVORATIVA, HOBBY, ECC...)

ORARIO	1° GIORNO	2°	3°	4°	5°	6°	7°
8 – 12							
12 – 16							
16 – 18							
18-20							
20 - 24							