

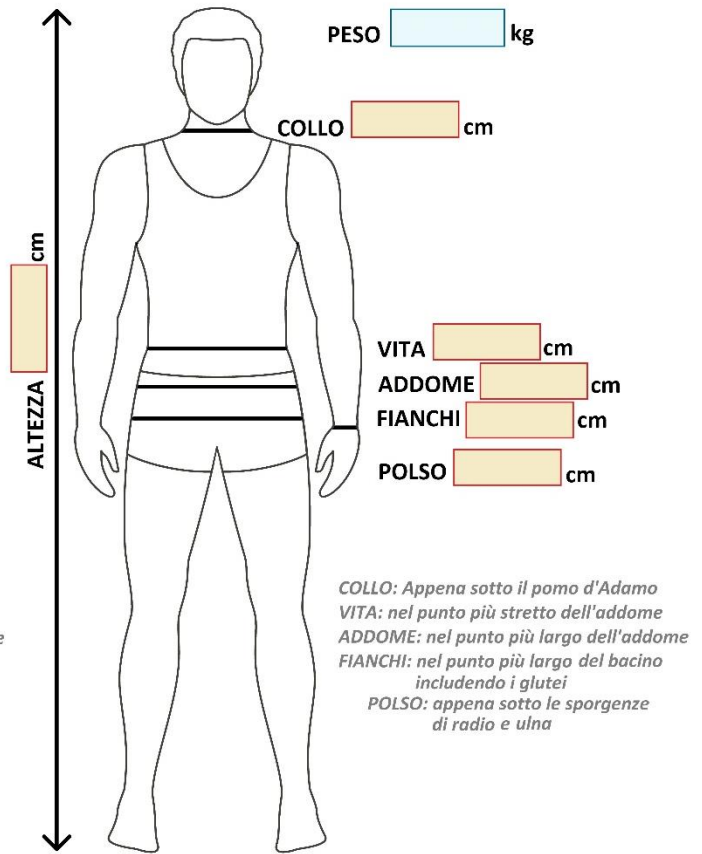
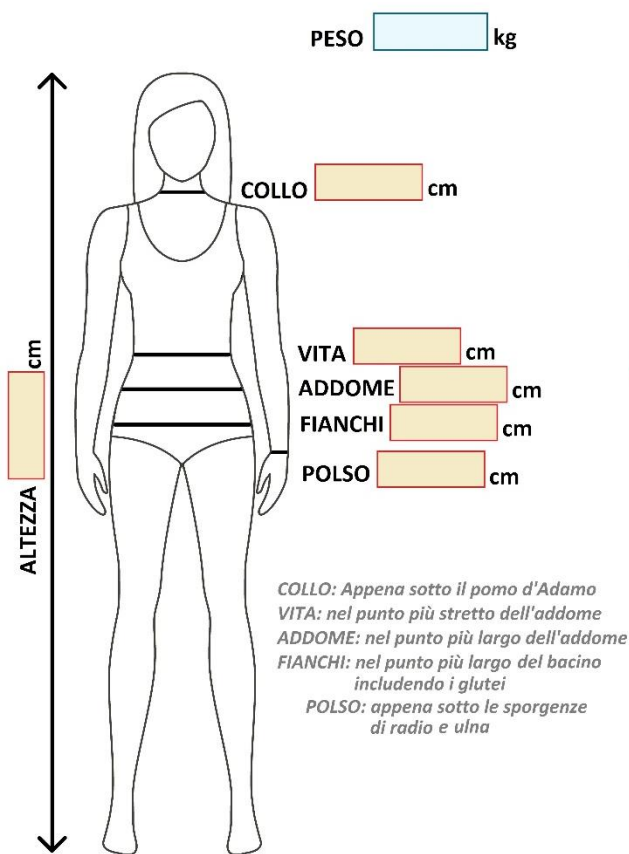
## MODULO ANAMNESI PERSONALE ED ALIMENTARE

Nome e cognome \_\_\_\_\_  M  F  
Nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
In via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

**Acconsento al trattamento dei dati per la finalità di VISITE NUTRIZIONALI secondo l'informativa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 679/2016 (OBBLIGATORIO)**

1

## CIRCONFERENZE CORPOREE



**MOTIVO DELLA RICHIESTA DI CONSULENZA e obiettivo desiderato**

---

---

---

Storia del peso (minimo, massimo, mantenuto più a lungo) \_\_\_\_\_

---

Che lavoro fa? \_\_\_\_\_ Quante ore/giorno? \_\_\_\_\_

Alcolici? Quali e quantità/gg? \_\_\_\_\_

Quanta acqua beve al giorno? \_\_\_\_\_ Litri

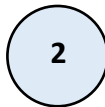
Intestino:  Regolare  Stipsi  Diarrea

Regimi alimentari particolari (vegano, vegetariano, altro) \_\_\_\_\_

Patologie? \_\_\_\_\_

Farmaci o integratori? Quali? \_\_\_\_\_

Allergie/intolleranze \_\_\_\_\_



**PER LE DONNE:** Ciclo mestruale:  Regolare  Assente  Menopausa; Soffre di ovaio policistico/endometriosi?  SI  NO  
Contraccettivi orali? Quale, da quanto? \_\_\_\_\_ Ora è in gravidanza/allattamento?  SI  NO

**SEZIONE SPORT**

Che sport pratica? \_\_\_\_\_

Quanti giorni a settimana? \_\_\_\_\_

Quanto sono lunghi gli allenamenti? \_\_\_\_\_

In che momento della giornata si svolgono gli allenamenti? \_\_\_\_\_

Che tipo di allenamenti sono? (es.: lungo lento, ripetute tipo HIIT, allenamento non strutturato, ecc.) \_\_\_\_\_

---

Effettua anche gare? \_\_\_\_\_

Se ha un profilo Strava, può indicarmelo qui, così posso avere un'idea migliore dei Suoi allenamenti:

---

**ABITUDINI ALIMENTARI**

Alimenti **NON** graditi: (carne e affettati) \_\_\_\_\_

(pesce, molluschi e crostacei) \_\_\_\_\_

(uova) \_\_\_\_\_

(latte, formaggi, yogurt compreso yogurt greco) \_\_\_\_\_

(verdure, ortaggi, legumi) \_\_\_\_\_

(frutta, frutta secca) \_\_\_\_\_

(cereali e farinacei, anche integrali) \_\_\_\_\_

(marmellata, cioccolato extra fondente, stevia) \_\_\_\_\_

(cibi "vegan": tofu, tempeh, bevande vegetali, yogurt vegetali,...) \_\_\_\_\_

Altri alimenti/bevande non graditi \_\_\_\_\_

**Alimenti particolarmente graditi (stesse categorie di cui sopra):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DIARIO ALIMENTARE (GIORNATA TIPO)**

| <b>PASTO</b>                                    | <b>ALIMENTI/BEVANDE E QUANTITÀ</b> |
|---|------------------------------------|
| <b>COLAZIONE</b><br>Orario _____<br>Luogo _____ |                                    |
| <b>SPUNTINO</b><br>Orario _____<br>Luogo _____  |                                    |
| <b>PRANZO</b><br>Orario _____<br>Luogo _____    |                                    |
| <b>SPUNTINO</b><br>Orario _____<br>Luogo _____  |                                    |
| <b>CENA</b><br>Orario _____<br>Luogo _____      |                                    |