



Paweł Sontowski

miłoscimiesnie@gmail.com

798 783 158

**MIŁOŚĆ
MIĘŚNIE**

Poniżej znajdziesz 4 działy, w których poproszę Cię o informacje dotyczące obecnego stylu życia, zdrowia i oczekiwań względem rozpoczynającej się współpracy.

Rzetelne wypełnienie formularza sprawi, że uporządkujesz początkowy chaos i określisz motywację, oraz zdasz sobie sprawę z rutyny w której obecnie jesteś - co pomoże w nakreśleniu schematu działania.

W razie wątpliwości lub pytań, śmiało się ze mną kontaktuj!

OKREŚL SWOJE CELE!

**MIŁOŚĆ
MIĘŚNIE**

Dlaczego w ogóle to zaczynam?

-

Sylwetkowe (pozbycie się wagi czy budowanie mięśni /siły):

-

-

Dietetyczne (zmiana nawyków, choroby wymagające zmiany diety, ideologiczne):

-

-t

Sportowe (w czym chce być lepsza/lepszy na co dzień, ewentualnie pod dany sport lub ulubiona aktywność fizyczną):

-

-

Urazy czy choroby przewlekłe:

Opis/przebieg schorzeń + istniejąca dokumentacja medyczna (opisy badań, zdjęcia RTG, przebieg rehabilitacji)

- Morfologia krwi .
- Czy w dzieciństwie/ przez życie były jakieś kontuzje?
- Stwierdzone wady postawy.
- Choroby przewlekłe (Hashimoto, cukrzyca, insulino oporność, depresja, astma).
- Obecne urazy/ kontuzje.
- Co czujesz podczas codziennego ruchu (napięcia mięśniowe, co boli, co przeszkadza cieszyć się życiem, co się powtarza)
- Opis subiektywny – samopoczucie i jak Ci się żyje.



O Tobie:

Obecnie wykonywana praca i jej przebieg (w jakich dniach i godziny pracy + co w niej robisz)

- Jak wygląda Twoja dostępność ? (kiedy masz czas trenować)

Uprawiane sporty (obecnie +dzieciństwo):

Zainteresowania / PASJE:

Wiek:

Wzrost (cm):

Waga obecna + waga docelowa (kg):

Obecna Dieta – czy co jesz na co dzień?

Proszę o udokumentowanie 7 dni obecnego stylu żywienia:

- zdjęcia jedzenia (wysłane na komunikator lub mail)

Pozwoli mi to określić ilość (kalorie) i obecnie dokonywane wybory (świadome i nieświadome)

Pytania dodatkowe:

- godziny spożywania posiłków
 - Czy inne są w weekendy?
- Czy kiedykolwiek były stosowane diety lub systemy dietetyczne?
 - Jakże?
 - Z jakim efektem?
 - Jak długo?
- Jak często w skali tygodnia i miesiąca zamawiasz lub jesz na mieście?
 - Miejsca w których żywisz się najczęściej.
- Obecna suplementacja.
 - Adaptogeny.
 - Olejki.
 - Suplementy diety.
 - Nasenne
- Obecnie stosowane leki.
 - Choroby przełękłe.
- Ile Wody pijesz dziennie.
 - Policz to !

