**ПРИЛОЖЕНИЕ.**

**Анкетирование пациентов с ИМТ по оценке питания и пищевого поведения**

**Сколько раз в день Вы принимаете пищу? Какая пища преобладает в Вашем питании?**

**Как часто Вы употребляете в пищу овощи и фрукты? Сколько овощей и фруктов в день Вы употребляете?**

**Маркеры» нездоровой диеты.   
Пищевые пристрастия.**

**Чем Вы заправляете салаты? Как часто Вы пьете сладкие газированные напитки?**

**Вам хочется сладкое? Вы часто употребляете конфеты, шоколад и другие сладости?**

**Вы добавляете соль в приготовленную пищу? Как часто Вы испытываете чувство голода?**

**Ситуации большого потребления еды.  
В какой ситуации Вы употребляете больше еды?**

**Результаты анкетирования пациентов с избыточной массой тела по модификации образа жизни.**

**Вы знаете свой рост, вес, окружность талии? Как Вы оцениваете свою массу тела?**

**С какого возраста у Вас избыточный вес? Вы считаете, что избыточный вес ухудшает Ваше здоровье?**

**В чем на Ваш взгляд основная причина Вашего избыточного веса?**

**Если ли среди Ваших близких родственников Есть ли у Вас заболевания, которые ведут к ожирению?**

**люди с ожирением?**

**У Вас были попытки похудеть? Вы ранее обращались к врачу в связи с избыточной массой тела?**

**Ваш врач-терапевт когда-нибудь обращал внимание на ИМТ?**

**Врач кардиолог(эндокринолог) или другой врач, к которому Вы обращались дал Вам советы по изменению образа жизни, в том числе по питанию?**

**Вы принимали когда-нибудь лекарственные препараты для похудения по назначению врача?**

**Вы принимали когда-нибудь пищевые добавки для похудения?**

**Какой эффект от применения лекарств? Считаете Вы, что Вам необходимо похудеть?**

**Вам трудно соблюдать диету? Оцените Ваш уровень физической активности?**

**БУКЛЕТЫ.**



