

Namn

Personnummer

Datum

## Anamnes – Kost

1. Är du allergiskt mot någon mat?  Nej  Ja, vad?

---

---

2. Hur är din matlust?  Bra  Dålig

3. Vilka mål äter du alltid?

Frukost  Mellanmål förmiddag  Lunch  Mellanmål eftermiddag

Kvällsmat  Mellanmål kväll  Sovdags  Nattmål

4. Äter du mat med fullkorn i?  Nej  Ja, i:

Ris  Bröd  Pasta  Varierar

5. Dricker du välling?

Nej  Ja, sort: \_\_\_\_\_ Mängd: \_\_\_\_\_ ml/dag

6. Vad och hur mycket dricker du om dagarna?

Vad? \_\_\_\_\_ Mängd: \_\_\_\_\_ ml/dag

7. Äter du frukt?  Nej  Ja, hur många per dag: \_\_\_\_\_

8. Äter du grönsaker?  Nej  Ja/Ibland, sort: \_\_\_\_\_



9. Brukar du må illa eller kräkas i samband med måltid?  Nej  Ja

10. Är det någon skillnad på hur du äter hemma och på förskolan/skolan?

Nej  Ja:

---

---

11. Vad äter du helst?

---

---

---

---

