

Namn

Personnummer

Datum

Kost och matvanor

1. Har du någon matallergi?

Ja Nej Om ja, vad är du allergisk mot?

2. Hur är din matlust? Bra Dålig

3. Vilka mål äter du alltid?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Frukost | <input type="checkbox"/> Kvällsmat |
| <input type="checkbox"/> Mellanmål fm | <input type="checkbox"/> Mellanmål kväll |
| <input type="checkbox"/> Luncha | <input type="checkbox"/> Sovdags |
| <input type="checkbox"/> Mellanmål em | <input type="checkbox"/> Nattmål |

4. Äter du mat med fullkorn i? Ja Varierar Nej

5. Hur mycket dricker du? Mängd: _____ ml/dag

6. Vad dricker du?

7. Äter du frukt?

Ja, hur många frukter/dag? _____ st Nej



8. Äter du grönsaker?

Ja/ibland, vilken sort? _____ Nej

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

10. Hur ser din måltidssituation ut?

11. Är det någon skillnad på hur du äter hemma och på arbetet

Ja Nej

12. Vad äter du helst?

