

08 - ВАШЕ ОТНОШЕНИЕ К ЕДЕ

Вы можете связаться с доктором **Карло Багутти**, консультантом Приза Лозанны, по следующим адресам и номерам:

Docteur Carlo Bagutti, Vidy Med, Route de Chavannes 11, 1000 Lausanne 23, Suisse
тел: 41 21/ 622 87 00, факс: 41 21/ 622 87 02, e-mail: prixdelausanne@vidymed.ch

Ваше имя:

Фамилия:

Дата рождения:

Национальность:

Отметьте крестиком ту колонку, которая больше всего соответствует Вашему отношению к высказыванию, приведённому в левой части. Большинство из нижеперечисленных высказываний имеет отношение к питанию, хотя есть и вопросы другого характера. Мы просим вас ответить на эти вопросы **в присутствии Вашего врача** и отвечать как можно более точно. Эта анкета нигде не будет использоваться.

	всегда	очень часто	часто	иногда	редко	никогда
1) Я люблю есть в компании	<input type="checkbox"/>					
2) Я готовлю для других, но сам(а) не ем то, что я готовлю	<input type="checkbox"/>					
3) Перед началом еды у меня появляется чувство тревоги	<input type="checkbox"/>					
4) Я безумно боюсь поправиться	<input type="checkbox"/>					
5) Я стараюсь не есть, даже испытывая голод	<input type="checkbox"/>					
6) Я думаю, что сама идея еды меня беспокоит	<input type="checkbox"/>					
7) Время от времени я срываюсь, начинаю объедаться и чувствую, что не могу остановиться	<input type="checkbox"/>					
8) Я делю пищу на маленькие кусочки	<input type="checkbox"/>					
9) Я знаю о количестве калорий в той пище, которую я ем	<input type="checkbox"/>					
10) Я особенно избегаю продукты, богатые глюкодами (хлеб, картофель, рис и т.д.)	<input type="checkbox"/>					
11) После еды меня пучит	<input type="checkbox"/>					
12) Я думаю, что другим хотелось бы, чтобы я ел(а) больше	<input type="checkbox"/>					
13) Меня рвёт после еды	<input type="checkbox"/>					
14) Я чувствую себя очень виноватым(ой) после еды	<input type="checkbox"/>					
15) Я думаю только о том, что должен(на) похудеть	<input type="checkbox"/>					
16) Я стараюсь быть физически активным(ой), чтобы сжечь калории	<input type="checkbox"/>					
17) Я взвешиваюсь по несколько раз в день	<input type="checkbox"/>					
18) Мне нравится, когда мои вещи подогнаны по фигуре	<input type="checkbox"/>					
19) Я люблю есть мясо	<input type="checkbox"/>					

	всегда	очень часто	часто	иногда	редко	никогда
20) Утром я просыпаюсь рано	<input type="checkbox"/>					
21) Я каждый день ем одно и то же	<input type="checkbox"/>					
22) Когда я активно занимаюсь физически, я думаю о том, что я сжигаю калории	<input type="checkbox"/>					
23) У меня месячные проходят нормально	<input type="checkbox"/>					
24) Говорят, что я слишком худой(ая)	<input type="checkbox"/>					
25) Меня преследует мысль о том, что у меня есть жир	<input type="checkbox"/>					
26) Я ем медленнее, чем другие	<input type="checkbox"/>					
27) Мне нравится питаться в ресторане	<input type="checkbox"/>					
28) Я принимаю слабительное	<input type="checkbox"/>					
29) Я не ем продукты, содержащие сахар	<input type="checkbox"/>					
30) Я ем продукты, подходящие мне по режиму	<input type="checkbox"/>					
31) Я думаю, что пища определяет мою жизнь	<input type="checkbox"/>					
32) Я могу себя сдерживать в еде	<input type="checkbox"/>					
33) Я считаю, что меня заставляют есть	<input type="checkbox"/>					
34) Я уделяю слишком много времени еде и я о ней слишком много думаю	<input type="checkbox"/>					
35) Меня мучают запоры	<input type="checkbox"/>					
36) После сладкого я себя не очень хорошо чувствую	<input type="checkbox"/>					
37) Я соблюдаю режим	<input type="checkbox"/>					
38) Мне нравится, когда у меня пустой желудок	<input type="checkbox"/>					
39) Я люблю пробовать новые продукты, богатые жирами	<input type="checkbox"/>					
40) Сразу же после еды меня непроизвольно начинает тошнить	<input type="checkbox"/>					

Место и дата:

Подпись конкурсанта/тки:

Подпись врача:

Адрес врача: