Dzienniczek żywieniowy

Proszę o **rzetelne wypełnienie** dzienniczka żywieniowego, który jest niezbędny do oceny nawyków żywieniowych.

Dzienniczek należy wypełniać przez 3 dni (**2 dni powszednie + 1 dzień wolny od pracy**).

Należy uwzględnić wszystkie spożywane produkty spożywcze wraz z wielkościami porcji, godziny poszczególnych posiłków, wypijane płyny – ilość i rodzaj oraz dodatkowe przekąski (patrz: PRZYKŁAD).

W uwagach umieść dodatkowe informacje nt. samopoczucia, aktywności fizycznej oraz ilości i rodzaju wypróżnień.

PRZYKŁADOWY DZIEŃ			
POSIŁEK	**PRODUKTY/ NAPOJE**	**ILOŚĆ**	**UWAGI**
Śniadanie **Godz. 7:30** **POBUDKA: 6:30**	Chleb graham Masło Polędwica sopocka Pomidor Kawa Mleko Cukier	2 kromki 1 łyżeczka 2 plastry 2 plastry 1 kubek 50 ml 1 łyżeczka	Ból głowy Wypróżnienie po posiłku – biegunka
II śniadanie **Godz. 10:00**	Jogurt jagodowy Jabłko Kawa Mleko Cukier	1 małe opak. 150g 1 szt. 1 kubek 50 ml 1 łyżeczka	
Obiad **Godz. 15:00**	Pierogi ruskie (kupne) Cebula smażona Śmietana Barszcz instant Prince Polo	6 szt. 1-2 łyżki 4 łyżki 1 kubek 1 szt. mała	Po posiłku – ból brzucha, wzdęcia, biegunka
Podwieczorek **Godz. 15:30**	Kawa Mleko Cukier Sernik	1 kubek 50 ml 1 łyżeczka 1 kawałek	Zmęczenie, Drzemka 30 min. 18:00 – spacer z psem 60 min.
Kolacja **Godz. 19:30** **SEN: 22:00**	Bułka pszenna Serek Almette	1 szt. mała 2 łyżki	Ból głowy, Zgaga, Trudności z zaśnięciem
Płyny/ napoje	Woda smakowa Herbata zielona Wino białe wytrawne	1,5 l. / dzień 2 kubki z cukrem (1 łyżeczka) 2 kieliszki 150 ml	
Dodatkowe przekąski	Chipsy paprykowe	½ dużego opak. (wieczór)	

DZIEŃ 1			
POSIŁEK	**PRODUKTY/ NAPOJE**	**ILOŚĆ**	**UWAGI**
Śniadanie **Godz.** **POBUDKA:**			
II śniadanie **Godz.**			
Obiad **Godz.**			
Podwieczorek **Godz.**			
Kolacja **Godz.** **SEN:**			
Płyny/ napoje			
Dodatkowe przekąski			

DZIEŃ 2			
POSIŁEK	**PRODUKTY/ NAPOJE**	**ILOŚĆ**	**UWAGI**
Śniadanie **Godz.** **POBUDKA:**			
II śniadanie **Godz.**			
Obiad **Godz.**			
Podwieczorek **Godz.**			
Kolacja **Godz.** **SEN:**			
Płyny/ napoje			
Dodatkowe przekąski			

DZIEŃ 3 - weekendowy			
POSIŁEK	**PRODUKTY/ NAPOJE**	**ILOŚĆ**	**UWAGI**
Śniadanie **Godz.** **POBUDKA:**			
II śniadanie **Godz.**			
Obiad **Godz.**			
Podwieczorek **Godz.**			
Kolacja **Godz.** **SEN:**			
Płyny/ napoje			
Dodatkowe przekąski			

Informacje dodatkowe

Zażywane leki i suplementy (nazwa, dawkowanie, od kiedy?)

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Choroby przewlekłe i występujące dolegliwości

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Choroby przewlekłe występujące w rodzinie (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie)

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Alergie i nietolerancje pokarmowe

. . . . . .

. . . . . .

Uwagi i pytania

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .