

Dzienniczek żywieniowy

Proszę o **rzetelne wypełnienie** dzienniczka żywieniowego, który jest niezbędny do oceny nawyków żywieniowych i/lub przebiegu dietoterapii.

Dzienniczek należy wypełniać przez min. 5 dni (**3 dni powszednie + 2 dni wolne 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
POBUDKA: 6:30 Śniadanie Godz. 7:30	Chleb graham Masło Polędwica sopocka Ser żółty Pomidor Kawa Mleko Cukier	80 g 5 g 2 plastry, 25 g 2 plastry, 40 g 3 plastry 1 kubek 250 ml 50 ml 1 łyżeczka, 6 g	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. 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.
Kolacja Godz. 19:30 SEN: 22:00	Bułka pszenna kajzerka Serek Almette	1 szt. mała 2 łyżki	Ból głowy, Zgaga, Trudności z zaśnięciem
Płyny/ napoje w ciągu dnia	Woda gazowana Herbata zielona Wino białe wytrawne	1,5 l. / dzień 2 kubki z cukrem (1 łyżeczka) 2 kieliszki 150 ml	
Dodatkowe przekąski	Chipsy paprykowe Cukierki Michałki	½ dużego opak. (wieczór) 2 sztuki	
Aktywność fizyczna	Ilość kroków 4 tys./ dzień Basen – 30 minut pływania		

DZIEŃ 1			
POSIŁEK	PRODUKTY/ NAPOJE DO POSIŁKU	ILOŚĆ [gramy lub miara kuchenna]	DODATKOWE UWAGI
POBUDKA: Godz.			
Śniadanie Godz.			
II śniadanie Godz.			
Obiad Godz.			
Podwieczorek Godz.			
Kolacja Godz.			
SEN:			
Płyny/ napoje w ciągu dnia			
Dodatkowe przekąski			
Aktywność fizyczna (rodzaj, czas trwania)			

DZIEŃ 2			
POSIŁEK	PRODUKTY/ NAPOJE DO POSIŁKU	ILOŚĆ [gramy lub miara kuchenna]	UWAGI
POBUDKA Godz.			
Śniadanie Godz.			
II śniadanie Godz.			
Obiad Godz.			
Podwieczorek Godz.			
Kolacja Godz.			
SEN:			
Płyny/ napoje			
Dodatkowe przekąski			
Aktywność fizyczna (rodzaj, czas trwania)			

DZIEŃ 3			
POSIŁEK	PRODUKTY/ NAPOJE DO POSIŁKI	ILOŚĆ [gramy lub miara kuchenna]	UWAGI
POBUDKA Godz.			
Śniadanie Godz.			
II śniadanie Godz.			
Obiad Godz.			
Podwieczorek Godz.			
Kolacja Godz.			
SEN:			
Płyny/ napoje w ciągu dnia			
Dodatkowe przekąski			
Aktywność fizyczna (rodzaj, czas trwania)			

DZIEŃ 4

POSIŁEK	PRODUKTY/ NAPOJE DO POSIŁKI	ILOŚĆ [gramy lub miara kuchenna]	UWAGI
POBUDKA Godz.			
Śniadanie Godz.			
II śniadanie Godz.			
Obiad Godz.			
Podwieczorek Godz.			
Kolacja Godz.			
SEN:			
Płyny/ napoje w ciągu dnia			
Dodatkowe przekąski			
Aktywność fizyczna (rodzaj, czas trwania)			

DZIEŃ 5

POSIŁEK	PRODUKTY/ NAPOJE DO POSIŁKI	ILOŚĆ [gramy lub miara kuchenna]	UWAGI
POBUDKA Godz.			
Śniadanie Godz.			
II śniadanie Godz.			
Obiad Godz.			
Podwieczorek Godz.			
Kolacja Godz.			
SEN:			
Płyny/ napoje w ciągu dnia			
Dodatkowe przekąski			
Aktywność fizyczna (rodzaj, czas trwania)			

DZIEŃ 6 - weekendowy

POSIŁEK	PRODUKTY/ NAPOJE DO POSIŁKI	ILOŚĆ [gramy lub miara kuchenna]	UWAGI
POBUDKA Godz.			
Śniadanie Godz.			
II śniadanie Godz.			
Obiad Godz.			
Podwieczorek Godz.			
Kolacja Godz.			
SEN:			
Płyny/ napoje w ciągu dnia			
Dodatkowe przekąski			
Aktywność fizyczna (rodzaj, czas trwania)			

DZIEŃ 7 - weekendowy

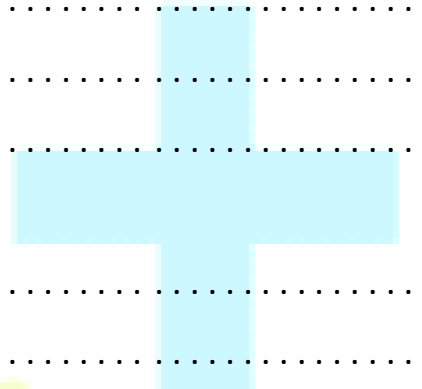
POSIŁEK	PRODUKTY/ NAPOJE DO POSIŁKI	ILOŚĆ [gramy lub miara kuchenna]	UWAGI
POBUDKA Godz.			
Śniadanie Godz.			
II śniadanie Godz.			
Obiad Godz.			
Podwieczorek Godz.			
Kolacja Godz.			
SEN:			
Płyny/ napoje w ciągu dnia			
Dodatkowe przekąski			
Aktywność fizyczna (rodzaj, czas trwania)			

Informacje dodatkowe

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Choroby przewlekłe/ zdiagnozowane i występujące dolegliwości



.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Alergie i nietolerancje pokarmowe (zdiagnozowane przez lekarza)

.....
.....

Uwagi i pytania

.....
.....
.....
.....