



Dzienniczek żywieniowy

Drogi Pacjencie,

Dokładnie i w całości uzupełniony dzienniczek żywieniowy dostarczy Twojemu dietetykowi informacji na temat Twojego dotychczasowego sposobu odżywiania. Informacje te z pewnością ułatwią naszą współpracę i pomogą mi lepiej przygotować spersonalizowane zalecenia i plany żywieniowe, które pomogą Ci osiągnąć zamierzone cele.

Abym mogła lepiej przygotować się do wizyty, bardzo proszę o wpisanie w jednym zdaniu bądź hasłowo, problemów zdrowotnych z jakimi się zmagasz.

.....

Dzień tygodnia:

Posiłek	Składniki posiłku	Gramatura/Miara domowa	Samopoczucie/Dolegliwości
I POSIŁEK Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			
II POSIŁEK Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			
III POSIŁEK Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			
IV POSIŁEK Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			
V POSIŁEK Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			
VI POSIŁEK Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			
PODJADANIE Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			

Leki i suplementy (nazwa leku/suplementu, godziny przyjęcia, dawka, sposób podania- doustny czy inny, czym popito lek/suplement):

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

Aktywność fizyczna: TAK/NIE

- rodzaj aktywności fizycznej:

.....
.....

- czas trwania aktywności fizycznej:

.....
.....

Zaznacz ilość wypijanych płynów (jeden kubek- 200-250 ml):



Dzień tygodnia:

Posiłek	Składniki posiłku	Gramatura/Miara domowa	Samopoczucie/Dolegliwości
I POSIŁEK Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			
II POSIŁEK Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			
III POSIŁEK Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			
IV POSIŁEK Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			
V POSIŁEK Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			
VI POSIŁEK Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			
PODJADANIE Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			

Leki i suplementy (nazwa leku/suplementu, godziny przyjęcia, dawka, sposób podania- doustny czy inny, czym popito lek/suplement):

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

Aktywność fizyczna: TAK/NIE

- rodzaj aktywności fizycznej:

.....
.....

- czas trwania aktywności fizycznej:

.....
.....

Zaznacz ilość wypijanych płynów (jeden kubek- 200-250 ml):



Dzień tygodnia:

Posiłek	Składniki posiłku	Gramatura/Miara domowa	Samopoczucie/Dolegliwości
I POSIŁEK Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			
II POSIŁEK Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			
III POSIŁEK Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			
IV POSIŁEK Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			
V POSIŁEK Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			
VI POSIŁEK Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			
PODJADANIE Godzina: Miejsce spożycia posiłku:			

Leki i suplementy (nazwa leku/suplementu, godziny przyjęcia, dawka, sposób podania- doustny czy inny, czym popito lek/suplement):

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

Aktywność fizyczna: TAK/NIE

- rodzaj aktywności fizycznej:

.....
.....

- czas trwania aktywności fizycznej:

.....
.....

Zaznacz ilość wypijanych płynów (jeden kubek- 200-250 ml):



Bardzo proszę o przesłanie uzupełnionej ankiety, wraz z tabelą produktów spożywczych, przed pierwszą wizytą na podany adres mailowy: barbaraborowska.dietetyk@gmail.com