

Imię i nazwisko:

DZIENNICZEK ŻYWIENIOWY

Przed rozpoczęciem współpracy proszę o uzupełnienie poniższego dzienniczka żywieniowego i **przyniesienie go na pierwszą wizytę**. Posłuży on do oceny nawyków żywieniowych oraz umożliwi dobranie indywidualnego sposobu odżywiania, proszę więc o rzetelne uzupełnienie tabeli.

W tabeli proszę wpisywać:

- godzinę przebudzenia oraz pójścia spać,
- godzinę posiłku,
- rodzaj posiłku (np. śniadanie, obiad, przekąska),
- skład posiłku – produkty składające się na dany posiłek wraz z ilością (można podać ją w gramach, mililitrach lub miarach domowych - łyżka mąki, szklanka mleka), a także sposób ich przyrządzenia (np. smażenie, pieczenie),
- ilość i rodzaj wypijanych płynów,
- samopoczucie przed zjedzeniem posiłku oraz po jego zjedzeniu,
- miejsce (np. dom, praca) i okoliczność jedzenia posiłku (np. w wyniku stresu, uczucia głodu lub na spotkaniu towarzyskim czy podczas oglądania telewizji),
- nasilenie uczucia głodu przed zjedzeniem danego posiłku w skali od 0 do 5, gdzie 0 oznacza brak głodu, a 5 oznacza bardzo silny głód,
- aktywność fizyczną wykonaną w ciągu dnia – rodzaj oraz czas trwania – w ostatnim wierszu tabeli.

Proszę aby uwzględnić w dzienniczku **co najmniej dwa dni robocze oraz jeden dzień wolny od pracy** (można przynieść notatki z większej ilości dni – analiza będzie wtedy dokładniejsza).

Godzina	Rodzaj posiłku	Głód	Produkty/Potrawy/Napoje	Ilość	Samopoczucie przed i po	Okoliczność, miejsce
Aktywność fizyczna						

Godzina przebudzenia: Godzina pójścia spać:

DATA:

Godzina	Rodzaj posiłku	Głód	Produkty/Potrawy/Napoje	Ilość	Samopoczucie przed i po	Okoliczność, miejsce
Aktywność fizyczna						

Godzina przebudzenia: Godzina pójścia spać:

DATA:

Godzina	Rodzaj posiłku	Głód	Produkty/Potrawy/Napoje	Ilość	Samopoczucie przed i po	Okoliczność, miejsce
Aktywność fizyczna						

Godzina przebudzenia: Godzina pójścia spać:

DATA: