

## Dzienniczek żywieniowy

Jest to szybka, bardzo prosta metoda oceny własnego sposobu żywienia. Polega na spisywaniu przez kilka/kilkanaście dni (minimum to 2 dni robocze i 1 dzień weekendowy) wszystkiego co spożywamy i pijemy.

Proszę o rzetelne wypełnienie niniejszego dzienniczka, który jest niezbędny do oceny Pana/Pani sposobu żywienia.

Proszę o wypełnienie minimum 3 dni (2 dni robocze o raz 1 dzień weekendowy/wolny od pracy) i uwzględnienie ilości spożywanych płynów oraz wielkość zjedzonych potraw i produktów (w miarach domowych jak w przykładzie niżej).

Proszę o notowanie WSZYSTKIEGO co Pan/Pani spożywa, niezależnie od ilości, miejsca i czasu.

Dziękuję!

### Przykład

(jak wypełnić dzienniczek żywieniowy)

Godzina	Posiłek	Spożywane potrawy, produkty i napoje	Ilość lub miary domowe
7.15	Śniadanie	<i>chleb graham masło szynka z kurczaka ser żółty pomidor kawa z cukrem i mlekiem</i>	<i>2 kromki 1 łyżeczka 2 plasterki 2 plasterki Sztuka Szlanka z 2 łyżeczkami cukru i 50 ml mleka</i>
11.00	<b>2 śniadanie</b>	<i>jogurt naturalny banan czekolada mleczna</i>	<i>kubek 200ml sztuka 4 kostki (24g)</i>

Proszę o podanie stosowanych suplementów i leków (godzina podania):

Przykład:

*Witamina C -200mg – codziennie wieczorem bezpośrednio po kolacji*

## Dzień 1

Godzina	Posiłek	Spożywane potrawy, produkty i napoje	Ilość lub miary domowe
	Śniadanie		
	2 śniadanie		
	Obiad		
	Przekąska		
	Kolacja		
	Przekąska		

**Proszę o podanie stosowanych suplementów i leków (ilość, częstość, godzina podania):**

**Dodatkowe informacje** (np. niecodzienne sytuacje, wszystko co chcesz napisać, a nie umieścić Pan/Pani tego wyżej):

## Dzień 2

Godzina	Posiłek	Spożywane potrawy, produkty i napoje	Ilość lub miary domowe
	Śniadanie		
	2 śniadanie		
	Obiad		
	Przekąska		
	Kolacja		
	Przekąska		

**Proszę o podanie stosowanych suplementów i leków (ilość, częstość, godzina podania):**

**Dodatkowe informacje** (np. niecodzienne sytuacje, wszystko co chcesz napisać, a nie umieścić Pan/Pani tego wyżej):

## Dzień 3

Godzina	Posiłek	Spożywane potrawy, produkty i napoje	Ilość lub miary domowe
	Śniadanie		
	2 śniadanie		
	Obiad		
	Przekąska		
	Kolacja		
	Przekąska		

**Proszę o podanie stosowanych suplementów i leków (ilość, częstość, godzina podania):**

**Dodatkowe informacje** (np. niecodzienne sytuacje, wszystko co chcesz napisać, a nie umieścić Pan/Pani tego wyżej):

## Dzień 4

Godzina	Posiłek	Spożywane potrawy, produkty i napoje	Ilość lub miary domowe
	Śniadanie		
	2 śniadanie		
	Obiad		
	Przekąska		
	Kolacja		
	Przekąska		

**Proszę o podanie stosowanych suplementów i leków (ilość, częstość, godzina podania):**

**Dodatkowe informacje** (np. niecodzienne sytuacje, wszystko co chcesz napisać, a nie umieścić Pan/Pani tego wyżej):

## Dzień 5

Godzina	Posiłek	Spożywane potrawy, produkty i napoje	Ilość lub miary domowe
	Śniadanie		
	2 śniadanie		
	Obiad		
	Przekąska		
	Kolacja		
	Przekąska		

**Proszę o podanie stosowanych suplementów i leków (ilość, częstość, godzina podania):**

**Dodatkowe informacje** (np. niecodzienne sytuacje, wszystko co chcesz napisać, a nie umieścić Pan/Pani tego wyżej):

## Dzień 6

Godzina	Posiłek	Spożywane potrawy, produkty i napoje	Ilość lub miary domowe
	Śniadanie		
	2 śniadanie		
	Obiad		
	Przekąska		
	Kolacja		
	Przekąska		

**Proszę o podanie stosowanych suplementów i leków (ilość, częstość, godzina podania):**

**Dodatkowe informacje** (np. niecodzienne sytuacje, wszystko co chcesz napisać, a nie umieścić Pan/Pani tego wyżej):

## Dzień 7

Godzina	Posiłek	Spożywane potrawy, produkty i napoje	Ilość lub miary domowe
	Śniadanie		
	2 śniadanie		
	Obiad		
	Przekąska		
	Kolacja		
	Przekąska		

**Proszę o podanie stosowanych suplementów i leków (ilość, częstość, godzina podania):**

**Dodatkowe informacje** (np. niecodzienne sytuacje, wszystko co chcesz napisać, a nie umieścić Pan/Pani tego wyżej):