

# DZIENNICZEK ŻYWIENIA



Poradnia *Dietetyki* Klinicznej

mgr Magdalena Tomczyk

.....  
(imię i nazwisko)

Wypełnienie dzienniczka żywienia pomaga w znalezieniu zależności między tym kiedy, co i ile spożywamy, a stanem zdrowia. Dzięki niemu wspólnie przeanalizujemy Pani/Pana dotychczasowy sposób żywienia – bez oceniania czy krytykowania. Wskażę ewentualne błędy, które być może zdarza się popełniać i pokażę jak można to zmienić.

Wypełnianie dzienniczka da Pani/Panu sporo informacji na temat obecnej diety.

**Instrukcja wypełniania:**

1. Dzienniczek warto wypełniać przez minimum 3 dni (dwa dni w pracy/szkole oraz jeden dzień weekendowy).
2. Należy zapisywać wszystkie spożywane produkty i napoje oraz ich ilość, godzinę spożycia oraz poziom odczuwanej sytości.
3. Warto notować na bieżąco, by o niczym nie zapomnieć.
4. Warto zapisywać wszystko szczerze oraz **odżywiać się w sposób dla Pani/Pana typowy.**
5. Dzienniczek można wydrukować i wypełnić, bądź napisać na kartce według wzoru.

Bardzo proszę o szczerze zapisanie wszystkiego, pamiętając o przekąskach, słodyczach oraz wszelkich dodatkach typu cukier/miód czy tłuszcz wykorzystany do przygotowania potraw.

**Produkty, potrawy, napoje LUBIANE:**

**Produkty, potrawy, napoje NIELUBIANE:**

Data:

Godzina pobudki:  
Godzina pójścia spać:

	Nazwa potrawy	Składniki i ich ilości	Godzina spożycia	Poczucie sytości 2 godziny po posiłku (w skali 1-5)
Posiłek 1				
Posiłek 2				
Posiłek 3				
Posiłek 4				
Posiłek 5				
Posiłek 6				
Przekąski				

Płyny:



Aktywności: .....

Data:

Godzina pobudki:  
Godzina pójścia spać:

	Nazwa potrawy	Składniki i ich ilości	Godzina spożycia	Poczucie sytości 2 godziny po posiłku (w skali 1-5)
Posiłek 1				
Posiłek 2				
Posiłek 3				
Posiłek 4				
Posiłek 5				
Posiłek 6				
Przekąski				

Płyny:



Aktywności: .....

Data:

Godzina pobudki:  
Godzina pójścia spać:

	Nazwa potrawy	Składniki i ich ilości	Godzina spożycia	Poczucie sytości 2 godziny po posiłku (w skali 1-5)
Posiłek 1				
Posiłek 2				
Posiłek 3				
Posiłek 4				
Posiłek 5				
Posiłek 6				
Przekąski				

Płyny:



Aktywności: .....

Data:

Godzina pobudki:  
Godzina pójścia spać:

	Nazwa potrawy	Składniki i ich ilości	Godzina spożycia	Poczucie sytości 2 godziny po posiłku (w skali 1-5)
Posiłek 1				
Posiłek 2				
Posiłek 3				
Posiłek 4				
Posiłek 5				
Posiłek 6				
Przekąski				

Płyny:



Aktywności: .....

Data:

Godzina pobudki:  
Godzina pójścia spać:

	Nazwa potrawy	Składniki i ich ilości	Godzina spożycia	Poczucie sytości 2 godziny po posiłku (w skali 1-5)
Posiłek 1				
Posiłek 2				
Posiłek 3				
Posiłek 4				
Posiłek 5				
Posiłek 6				
Przekąski				

Płyny:



Aktywności: .....



Data:

Godzina pobudki:  
Godzina pójścia spać:

	Nazwa potrawy	Składniki i ich ilości	Godzina spożycia	Poczucie sytości 2 godziny po posiłku (w skali 1-5)
Posiłek 1				
Posiłek 2				
Posiłek 3				
Posiłek 4				
Posiłek 5				
Posiłek 6				
Przekąski				

Płyny:



Aktywności: .....

Data:

Godzina pobudki:  
Godzina pójścia spać:

	Nazwa potrawy	Składniki i ich ilości	Godzina spożycia	Poczucie sytości 2 godziny po posiłku (w skali 1-5)
Posiłek 1				
Posiłek 2				
Posiłek 3				
Posiłek 4				
Posiłek 5				
Posiłek 6				
Przekąski				

Płyny:



Aktywności: .....

.....

# **Miejsce na Pani/Pana notatki**



Poradnia Dietetyki Klinicznej Magdalena Tomczyk

**506 617 770**

[www.poradniadietetyki.com.pl](http://www.poradniadietetyki.com.pl)

[kontakt@poradniadietetyki.com.pl](mailto:kontakt@poradniadietetyki.com.pl)



**Gabinet Oświęcim**

**On -line**