

## DZIENNICZEK ŻYWIENIOWY

Imię i nazwisko:.....

Data urodzenia:.....

Masa ciała:.....kg, wzrost:.....cm

Obwód talii:.....cm, obwód bioder:.....cm

### Sposób uzupełnienia:

- 1) proszę o uzupełnienie dzienniczka z 3 dni, tj. 2 dni z tygodnia roboczego, 1 dzień z weekendu;
- 2) proszę o bieżące zapisywanie produktów i potraw, bezpośrednio po spożyciu;
- 3) proszę o szczegółowe podanie wszystkich produktów spożywczych (może być też marka) oraz wszystkich potraw wraz z wykazem składników użytych do przygotowania potrawy. Ważne też, żeby podać gramaturę produktów\*/potraw oraz sposób przyrządzenia potrawy (np. duszenie, smażenie, pieczenie), np.:
  - śniadanie: szynka wieprzowa gotowana- 2 plastry, serek wiejski Piątnica- 1 opakowanie 150g, serek homogenizowany waniliowy Rolmlec- 1 opakowanie 200g, coca- cola light 330 ml,
  - obiad: pulpety drobiowe duszone w sosie- 100 g (mięso z udźca indyka bez skóry, jajka, śmietana 18% tł. do sosu, 1 łyżka mąki pszennej do sosu, bułka tarta, koperek), zupa jarzynowa- 1 miseczka 300 ml (marchew, pietruszka, fasolka szparagowa, ziemniaki, udko z kurczaka bez skóry, jogurt naturalny grecki 10% tł.- 3 łyżki),
  - kolacja: chleb pełnoziarnisty orkiszowy- 2 kromki, masło- 1 łyżeczka, mozzarella light- 1 kulka 125g, pomidor- 1 szt. 150g, listki bazylii- 4 szt., oliwa z oliwek- 1 łyżeczka, oliwki czarne: 5 szt., herbata owocowa bez cukru- 1 kubek 250 ml;

\* wielkość porcji możesz określić używając miar domowych, np. szklanka, łyżka (płaska, czubata), miseczka, garść, talerz głęboki, w przypadku warzyw/owoców, np. średni, mały.
- 4) proszę o podanie rodzaju i ilości wypijanych napojów oraz w podsumowaniu całkowitą ilość wypijanej wody w ciągu dnia.

**Skan uzupełnionego dzienniczka proszę przesłać przed planowaną wizytą na adres e-mail: [dietanatalerzu@gmail.com](mailto:dietanatalerzu@gmail.com)**

## **Dzień 1**

Data:.....Dzień tygodnia:.....

Godzina pobudki:.....Godzina pójścia spać:.....

Aktywność fizyczna (proszę opisać, np. szybki spacer 30 min/2 razy dziennie, jazda na rowerze 20 min/raz dziennie, wchodzenie po schodach na 3 piętro: 7 min/3 razy dziennie):

.....

.....

| Posiłek      | Godzina i miejsce spożycia posiłku | Produkty spoż., potrawy (składniki i sposób przygotowania), napoje | Ilość (miary domowe/gramy) | Samopoczucie po spożyciu, np. dobre, sytość, senność, zgaga, przejedzenie, wzdęcia, gazy, nerwowość |
|--------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Śniadanie    |                                    |                                                                    |                            |                                                                                                     |
| II śniadanie |                                    |                                                                    |                            |                                                                                                     |
| Obiad        |                                    |                                                                    |                            |                                                                                                     |
| Podwieczorek |                                    |                                                                    |                            |                                                                                                     |
| Kolacja      |                                    |                                                                    |                            |                                                                                                     |
| Przekąska    |                                    |                                                                    |                            |                                                                                                     |

Liczba wypitych szklanek wody:.....

## **Dzień 2**

Data:.....Dzień tygodnia:.....

Godzina pobudki:.....Godzina pójścia spać:.....

Aktywność fizyczna (proszę opisać, np. szybki spacer 30 min/2 razy dziennie, jazda na rowerze 20 min/raz dziennie, wchodzenie po schodach na 3 piętro: 7 min/3 razy dziennie):

.....

.....

| Posiłek      | Godzina i miejsce spożycia posiłku | Produkty spoż., potrawy (składniki i sposób przygotowania), napoje | Ilość (miary domowe/gramy) | Samopoczucie po spożyciu, np. dobre, sytość, senność, zgaga, przejedzenie, wzdęcia, gazy, nerwowość |
|--------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Śniadanie    |                                    |                                                                    |                            |                                                                                                     |
| II śniadanie |                                    |                                                                    |                            |                                                                                                     |
| Obiad        |                                    |                                                                    |                            |                                                                                                     |
| Podwieczorek |                                    |                                                                    |                            |                                                                                                     |
| Kolacja      |                                    |                                                                    |                            |                                                                                                     |
| Przekąska    |                                    |                                                                    |                            |                                                                                                     |

Liczba wypitych szklanek wody:.....

### **Dzień 3**

Data:.....Dzień tygodnia:.....

Godzina pobudki:.....Godzina pójścia spać:.....

Aktywność fizyczna (proszę opisać, np. szybki spacer 30 min/2 razy dziennie, jazda na rowerze 20 min/raz dziennie, wchodzenie po schodach na 3 piętro: 7 min/3 razy dziennie):

.....

.....

| Posiłek      | Godzina i miejsce spożycia posiłku | Produkty spoż., potrawy (składniki i sposób przygotowania), napoje | Ilość (miary domowe/gramy) | Samopoczucie po spożyciu, np. dobre, sytość, senność, zgaga, przejedzenie, wzdęcia, gazy, nerwowość |
|--------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Śniadanie    |                                    |                                                                    |                            |                                                                                                     |
| II śniadanie |                                    |                                                                    |                            |                                                                                                     |
| Obiad        |                                    |                                                                    |                            |                                                                                                     |
| Podwieczorek |                                    |                                                                    |                            |                                                                                                     |
| Kolacja      |                                    |                                                                    |                            |                                                                                                     |
| Przekąska    |                                    |                                                                    |                            |                                                                                                     |

Liczba wypitych szklanek wody:.....