

Dzienniczek żywieniowy

**DZIEŃ 1**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Posiłek** | **Godzina** | **Miejsce spożywania** | **Skład posiłku z ilościami(również wypisujemy co wypiliśmy)** | **Głód przed posiłkiem(w skali 1-5)** | **Sytość po posiłku(w skali 1-5)** | **Samopoczucie po posiłku(objawy typu senność, zmęczenie, ochota na słodkie, mdłości, bóle brzucha)** |
| **Śniadanie** |  |  |  |  |  |  |
| **Drugie śniadanie** |  |  |  |  |  |  |
| **Obiad** |  |  |  |  |  |  |
| **Podwieczorek** |  |  |  |  |  |  |
| **Kolacja** |  |  |  |  |  |  |
| **Dodatkowe przekąski** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**DZIEŃ 2**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Posiłek** | **Godzina** | **Miejsce spożywania** | **Skład posiłku z ilościami(również wypisujemy co wypiliśmy)** | **Głód przed posiłkiem(w skali 1-5)** | **Sytość po posiłku(w skali 1-5)** | **Samopoczucie po posiłku(objawy typu senność, zmęczenie, ochota na słodkie, mdłości, bóle brzucha)** |
| **Śniadanie** |  |  |  |  |  |  |
| **Drugie śniadanie** |  |  |  |  |  |  |
| **Obiad** |  |  |  |  |  |  |
| **Podwieczorek** |  |  |  |  |  |  |
| **Kolacja** |  |  |  |  |  |  |
| **Dodatkowe przekąski** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**DZIEŃ 3**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Posiłek** | **Godzina** | **Miejsce spożywania** | **Skład posiłku z ilościami(również wypisujemy co wypiliśmy)** | **Głód przed posiłkiem(w skali 1-5)** | **Sytość po posiłku(w skali 1-5)** | **Samopoczucie po posiłku(objawy typu senność, zmęczenie, ochota na słodkie, mdłości, bóle brzucha)** |
| **Śniadanie** |  |  |  |  |  |  |
| **Drugie śniadanie** |  |  |  |  |  |  |
| **Obiad** |  |  |  |  |  |  |
| **Podwieczorek** |  |  |  |  |  |  |
| **Kolacja** |  |  |  |  |  |  |
| **Dodatkowe przekąski** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**DZIEŃ 4**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Posiłek** | **Godzina** | **Miejsce spożywania** | **Skład posiłku z ilościami(również wypisujemy co wypiliśmy)** | **Głód przed posiłkiem(w skali 1-5)** | **Sytość po posiłku(w skali 1-5)** | **Samopoczucie po posiłku(objawy typu senność, zmęczenie, ochota na słodkie, mdłości, bóle brzucha)** |
| **Śniadanie** |  |  |  |  |  |  |
| **Drugie śniadanie** |  |  |  |  |  |  |
| **Obiad** |  |  |  |  |  |  |
| **Podwieczorek** |  |  |  |  |  |  |
| **Kolacja** |  |  |  |  |  |  |
| **Dodatkowe przekąski** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**DZIEŃ 5**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Posiłek** | **Godzina** | **Miejsce spożywania** | **Skład posiłku z ilościami(również wypisujemy co wypiliśmy)** | **Głód przed posiłkiem(w skali 1-5)** | **Sytość po posiłku(w skali 1-5)** | **Samopoczucie po posiłku(objawy typu senność, zmęczenie, ochota na słodkie, mdłości, bóle brzucha)** |
| **Śniadanie** |  |  |  |  |  |  |
| **Drugie śniadanie** |  |  |  |  |  |  |
| **Obiad** |  |  |  |  |  |  |
| **Podwieczorek** |  |  |  |  |  |  |
| **Kolacja** |  |  |  |  |  |  |
| **Dodatkowe przekąski** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**DZIEŃ 6**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Posiłek** | **Godzina** | **Miejsce spożywania** | **Skład posiłku z ilościami(również wypisujemy co wypiliśmy)** | **Głód przed posiłkiem(w skali 1-5)** | **Sytość po posiłku(w skali 1-5)** | **Samopoczucie po posiłku(objawy typu senność, zmęczenie, ochota na słodkie, mdłości, bóle brzucha)** |
| **Śniadanie** |  |  |  |  |  |  |
| **Drugie śniadanie** |  |  |  |  |  |  |
| **Obiad** |  |  |  |  |  |  |
| **Podwieczorek** |  |  |  |  |  |  |
| **Kolacja** |  |  |  |  |  |  |
| **Dodatkowe przekąski** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**DZIEŃ 7**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Posiłek** | **Godzina** | **Miejsce spożywania** | **Skład posiłku z ilościami(również wypisujemy co wypiliśmy)** | **Głód przed posiłkiem(w skali 1-5)** | **Sytość po posiłku(w skali 1-5)** | **Samopoczucie po posiłku(objawy typu senność, zmęczenie, ochota na słodkie, mdłości, bóle brzucha)** |
| **Śniadanie** |  |  |  |  |  |  |
| **Drugie śniadanie** |  |  |  |  |  |  |
| **Obiad** |  |  |  |  |  |  |
| **Podwieczorek** |  |  |  |  |  |  |
| **Kolacja** |  |  |  |  |  |  |
| **Dodatkowe przekąski** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |