**DZIENNICZEK BIEŻĄCEGO SPOŻYCIA**

W celu dokładnej oceny Twojego dotychczasowego sposobu żywienia proszę o bieżące notowanie spożycia według poniżej zamieszczonego wzoru. Dzienniczek uzupełniaj przez 3 dni (2 dni powszednie i jeden dzień wolny od pracy/szkoły). Po jego analizie dietetyk oceni Twoje nawyki żywieniowe, wskaże ewentualne błędy i niezbędne zmiany w diecie.

**Ważne wskazówki:**

o Zawsze wpisuj godzinę posiłku, wszystkie zjedzone potrawy i produkty, łącznie z wypitymi płynami

o Optymalnie jest zapisywać po każdym posiłku

o Jak najdokładniej opisuj potrawy, np.

* Rodzaj pieczywa (np. chleb razowy słonecznikowy, chleb jasny pszenny)
* Zawartość tłuszczu w produktach (np. mleko 1,5 %)
* Rodzaj używanego tłuszczu (np. masło śmietankowe, oliwa z oliwek, margaryna ‘Rama’)
* Sposób przyrządzenia potrawy (gotowanie, pieczenie, smażenie)
* Wszystkie użyte do przyrządzenia potrawy składniki

o Zawsze wprowadzaj ilość określonego składnika diety – jego gramaturę lub miarę domową (np. ½ szklanki kaszy, łyżka miodu)

o Zapisuj również spożywane danego dnia suplementy diety (np. witaminy, minerały – podaj nazwę suplementu i ilość kapsułek, lub dawkę/dzień).

WZÓR

**Data:** 20.01 **Dzień tygodnia:** czwartek

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Godzina** | **Posiłek** | **Skład posiłku** | **Ilość lub miary domowe** |
| 8.30 | Śniadanie | |  | | --- | | Chleb żytni  Masło  Polędwica sopocka  Pomidor  Kawa  Cukier | | |  | | --- | | 2 kromki  1 łyżeczka  2 plasterki  ½ średniej wielkości  1 kubek 300ml  2 łyżeczki | |
| 9.30 | Przekąska | |  | | --- | | Batonik Snickers | | |  | | --- | | 1 sztuka | |
| 11.00 | II Śniadanie | |  | | --- | | Maślanka  Brzoskwinia | | |  | | --- | | 300 ml  1 średniej wielkości | |

*Czy jadłospis stosowany w tym dniu był typowy?* **TAK**/NIE

*Czy zażywałaś/eś tego dnia preparaty witaminowo-mineralne?* **TAK**/NIE

*Jeśli TAK, jakie, w jakiej ilości?* **omega-3 – 1000mg/dzień**

*Jak często je spożywasz?* **Codziennie**

**MÓJ DZIENNICZEK SPOŻYCIA**

**Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………**

**Data:…………………………… Dzień tygodnia:……………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Godzina** | **Posiłek** | **Skład posiłku** | **Ilość lub miary domowe** |
|  |  |  |  |

*Czy jadłospis stosowany w tym dniu był typowy?* TAK/NIE

*Czy zażywałaś/eś tego dnia preparaty witaminowo-mineralne?* TAK/NIE

*Jeśli TAK, jakie, w jakiej ilości? Jak często je spożywasz?*

**Data:…………………………… Dzień tygodnia:……………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Godzina** | **Posiłek** | **Skład posiłku** | **Ilość lub miary domowe** |
|  |  |  |  |

*Czy jadłospis stosowany w tym dniu był typowy?* TAK/NIE

*Czy zażywałaś/eś tego dnia preparaty witaminowo-mineralne?* TAK/NIE

*Jeśli TAK, jakie, w jakiej ilości? Jak często je spożywasz?*

**Data:…………………………… Dzień tygodnia:……………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Godzina** | **Posiłek** | **Skład posiłku** | **Ilość lub miary domowe** |
|  |  |  |  |

*Czy jadłospis stosowany w tym dniu był typowy?* TAK/NIE

*Czy zażywałaś/eś tego dnia preparaty witaminowo-mineralne?* TAK/NIE

*Jeśli TAK, jakie, w jakiej ilości? Jak często je spożywasz?*