



SPEKTRUM  
ŻYWIENIA

mgr **Lidia Szczepańska**  
dietetyk kliniczny

604 544 772

kontakt@spektrumzywienia.pl  
spektrumzywienia.pl

## **DZIENNICZEK ŻYWIENIOWY**

Imię i nazwisko .....

.....

Proszę o rzetelne wypełnienie niniejszego wywiadu żywieniowego, który jest niezbędny do oceny Pani/Pana stanu odżywienia oraz dotychczasowych nawyków żywieniowych.

Dzienniczek należy wypełniać przez co najmniej 3 dni ( w tym 2 dni to dni powszednie i jeden dzień wolny od pracy). Wypełniając dzienniczek proszę notować także porcje (jak na poniższym przykładzie) oraz ilość i rodzaj wypijanych płynów.

Ważne jest, aby zapisywać **WSZYSTKIE** spożywane produkty, łącznie z przekąskami typu orzeszki, chipsy, frytki, słodczyce itd.

Proszę również o zapisanie wszystkich przyjmowanych leków i suplementów diety (w jakich ilościach i jak często)

Przykład:

<b>Godzina</b>	<b>Posiłek</b>	<b>Skład posiłku</b>	<b>Porcje</b>
7.30	Śniadanie	Bułka pszenna Masło Żółty ser Pomidor Kawa Mleko do kawy	1 sztuka 1 łyżeczka 2 plastry 2 plastry 1 szklanka 1/5 szklanki
11.00	II Śniadanie	Jogurt naturalny Orzechy	150 gram garść

### MIEJSCE DO WYPEŁNIENIE PRZEZ PACJENTA

Godzina	Posiłek	Skład posiłku	Porcje
	Śniadanie		
	II Śniadanie		
	Obiad		
	Przekąska		
	Kolacja		

2 dzień

Godzina	Posiłek	Skład posiłku	Porcje
	Śniadanie		
	II Śniadanie		
	Obiad		
	Przekąska		
	Kolacja		



3 dzień

Godzina	Posiłek	Skład posiłku	Porcje
	Śniadanie		
	II Śniadanie		
	Obiad		
	Przekąska		
	Kolacja		



Miejsce na dodatkowe informacje

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

