

Wypełniony dzienniczek żywieniowy proszę przynieść na wizytę.
Może być wydrukowany lub przesłany na maila: przychodnia@mediq-strzelin.pl

Co zwyczajowo spożywa Pani/Pan na:	
Posiłek nr 1 Godzina:	
Posiłek nr 2 Godzina:	
Posiłek nr 3 Godzina:	
Posiłek nr 4 Godzina:	
Posiłek nr 5 Godzina:	
PRZEKĄSKI Godzina:	

* Jeżeli występuje więcej posiłków – proszę dopisać.

- ▶ Czy choruje Pani/Pan na jakieś choroby?

- ▶ Czy ma Pani/Pan alergie pokarmowe lub nietolerancje pokarmowe?

- ▶ Czy są jakieś produkty/potrawy, po których czuje Pan/Pani dyskomfort?

- ▶ Co pije Pani/Pan w ciągu dnia?

- ▶ Czy słodzi Pani/Pan? Jak tak, to czym i ile?

- ▶ Proszę wypisać **ulubione** produkty/potrawy:

- ▶ Proszę wypisać produkty/potrawy, których Pani/Pan **nie lubi** lub **nie chce mieć** w diecie: