# **DZIENNICZEK ŻYWIENIOWY**

## Główne zasady dzienniczka:

* Zapisuj wszystko, co danego dnia zjadłaś/eś i wypiłaś/eś - nawet jeśli są to tylko 2 morele czy kawa.
* Zapisuj ilość łyżeczek dodanego cukru.
* Zapisuj czas i miejsce posiłku lub przekąski.
* Spisuj ilości (albo w miarach domowych np. 3 łyżki kaszy, albo gramaturę z opakowania np. 150 g serka wiejskiego). Dopisz także miejsce np. praca, dom, restauracja
* Zapisuj nazwę produktów oraz jeśli znasz – zawartość cukru, tłuszczu
* Oceń poczucie głodu przed danym posiłkiem posługując się skalą 0-5 (0-brak odczucia głodu, 1-coś bym zjadł/a, 2 -lekkie uczucie głodu, 3-dość odczuwalny głód, 4bardzo głodna/y, 5-wilczy głód-byle coś zjeść).
* Bądź wytrwała/y - takie zapisywanie jest męczące, ale przyniesie efekty.
* Nie oszukuj - robisz to w końcu przede wszystkim dla siebie ☺
* Dzienniczek powinien być prowadzony minimum 5 dni
* Jeżeli pojawia się trening też zapisz go w dzienniczku
* Dobrze byłoby opisać także emocje, samopoczucie
* Pierwszą pozycją w dzienniczku będzie „pobudka”, ostatnią pozycją „kładę się spać”.
* Dzienniczek możesz wydrukować i zapisywać ręcznie (przynieś go na konsultację) lub prowadzić go w formie elektronicznej i przesłać na dwa dni przed konsultacją.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DZIEŃ | ŚNIADANIE | II ŚNIADANIE | LUNCH/OBIAD | PRZEKĄSKA | KOLACJA | DOJADANIE/PŁYNY |
| DZIEŃ 1 |  |  |  |  |  |  |
| Godzina/miejsce |  |  |  |  |  |  |
| Stopień głodu/ emocje |  |  |  |  |  |  |
| DZIEŃ 2 |  |  |  |  |  |  |
| godzina/miejsce |  |  |  |  |  |  |
| Stopień głodu/ emocje |  |  |  |  |  |  |
|  | **ŚNIADANIE** | **II ŚNIADANIE** | **LUNCH/OBIAD** | **PRZEKĄSKA** | **KOLACJA** | **DOJADANIE/PŁYNY** |
| DZIEŃ 3 |  |  |  |  |  |  |
| godzina/miejsce |  |  |  |  |  |  |
| Stopień głodu/ emocje |  |  |  |  |  |  |
| DZIEŃ 4 |  |  |  |  |  |  |
| godzina/miejsce |  |  |  |  |  |  |
| Stopień głodu/ emocje |  |  |  |  |  |  |
|  | **ŚNIADANIE** | **II ŚNIADANIE** | **LUNCH/OBIAD** | **PRZEKĄSKA** | **KOLACJA** | **DOJADANIE/PŁYNY** |
| DZIEŃ 5 |  |  |  |  |  |  |
| godzina/miejsce |  |  |  |  |  |  |
| Stopień głodu/ emocje |  |  |  |  |  |  |