**Data: ……/……/…………**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko dziecka** |  |
| **Masa ciała (kg):****Wzrost (cm):** |  |
| **Czy w diecie zostały wprowadzone zalecane zmiany?** |  |
| **Od kiedy wprowadzono zmiany w diecie?** |  |
| **Opisz samopoczucie dziecka na diecie** |  |
| **Co uległo pozytywnej zmianie od ostatniej wizyty?** |  |
| **Co uległo negatywnej zmianie od ostatniej wizyty?** |  |
| **Z czym macie problem w czasie stosowania diety?** |  |
| **Jaki jest stopień trudności diety (łatwa, trudna, bardzo trudna)** |  |
| **Jakie są Twoje oczekiwania co do dalszej współpracy?** |  |
| **Jakie są Twoje obecne oczekiwania wobec dietetyka?** |  |
| **Jaka jest Twoja i dziecka motywacja do zmian w żywieniu (w skali od 1 do 10)?** |  |

**DZIEŃ 1**, data i dzień tygodnia:
Godzina, o której Pan(i) wstał(a):

Godzina, o której Pan(i) położył(a) się spać:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Godzina spożycia** | **Rodzaj posiłku i miejsce spożycia** | **Spożyte produkty/potrawy** | **Ilość** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Samopoczucie:

**DZIEŃ 2**, data i dzień tygodnia:
Godzina, o której Pan(i) wstał(a):

Godzina, o której Pan(i) położył(a) się spać:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Godzina spożycia** | **Rodzaj posiłku i miejsce spożycia** | **Spożyte produkty/potrawy** | **Ilość** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Samopoczucie:

**DZIEŃ 3**, data i dzień tygodnia:
Godzina, o której Pan(i) wstał(a):

Godzina, o której Pan(i) położył(a) się spać:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Godzina spożycia** | **Rodzaj posiłku i miejsce spożycia** | **Spożyte produkty/potrawy** | **Ilość** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Samopoczucie:

Dziękujemy za wypełnienie formularza!