****

 **Dzienniczek spożycia:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **I posiłek** (godzina, z czego się składał, proszę opisać jak najdokładniej) | **II posiłek** (godzina, z czego się składał, proszę opisać jak najdokładniej) | **III posiłek** (godzina, z czego się składał, proszę opisać jak najdokładniej) | **IV posiłek** (godzina, z czego się składał, proszę opisać jak najdokładniej) | **V posiłek** (godzina, z czego się składał, proszę opisać jak najdokładniej) | **Dojadanie,** (kiedy, co, ile) |
| **Dzień I** |  |  |  |  |  |  |
| **Dzień II** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień III** |  |  |  |  |  |  |
| **Dzień IV** |  |  |  |  |  |  |

Przyjmowane przez Ciebie leki (nazwa i dawka):

Przyjmowanie przez Ciebie suplementy diety (nazwa i dawka):