

## DZIENNICZEK BIEŻĄCEGO NOTOWANIA

Proszę o wypełnianie Dzienniczka przynajmniej przez tydzień. Proszę by odzwierciedlał jak najbardziej Państwa codzienny, naturalny sposób spędzania czasu, jedzenia i aktywności fizycznej. Opis każdego następnego dnia proszę zaczynać od nowej strony.

DATA:

DZIEŃ TYGODNIA:

<b>GODZINA I SYTUACJA (CO ROBIĘ, GDZIE I Z KIM)</b>	<b>MOJE MYŚLI</b>	<b>EMOCJE I DOZNANIA</b>	<b>JEDZENIE I PICIE</b>	<b>KONTROLA GŁODU/SYTOŚCI PRZED I PO POSIŁKU W SKALI OD 0 DO 3</b>	<b>AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA</b>

**DZIENNICZEK BIEŻĄCEGO NOTOWANIA**

DATA :		DZIEŃ TYGODNIA:			
<b>GODZINA I SYTUACJA (CO ROBIĘ, GDZIE I Z KIM)</b>	<b>MOJE MYŚLI</b>	<b>EMOCJE I DOZNANIA</b>	<b>JEDZENIE I PICIE</b>	<b>KONTROLA GŁODU/SYTOŚCI PRZED I PO POSIŁKU W SKALI OD 0 DO 3</b>	<b>AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA</b>

**DZIENNICZEK BIEŻĄCEGO NOTOWANIA**

DATA :		DZIEŃ TYGODNIA:			
<b>GODZINA I SYTUACJA (CO ROBIĘ, GDZIE I Z KIM)</b>	<b>MOJE MYŚLI</b>	<b>EMOCJE I DOZNANIA</b>	<b>JEDZENIE I PICIE</b>	<b>KONTROLA GŁODU/SYTOŚCI PRZED I PO POSIŁKU W SKALI OD 0 DO 3</b>	<b>AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA</b>

DATA :		DZIEŃ TYGODNIA:			
<b>GODZINA I SYTUACJA (CO ROBIĘ, GDZIE I Z KIM)</b>	<b>MOJE MYŚLI</b>	<b>EMOCJE I DOZNANIA</b>	<b>JEDZENIE I PICIE</b>	<b>KONTROLA GŁODU/SYTOŚCI PRZED I PO POSIŁKU W SKALI OD 0 DO 3</b>	<b>AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA</b>

DATA :		DZIEŃ TYGODNIA:			
<b>GODZINA I SYTUACJA (CO ROBIĘ, GDZIE I Z KIM)</b>	<b>MOJE MYŚLI</b>	<b>EMOCJE I DOZNANIA</b>	<b>JEDZENIE I PICIE</b>	<b>KONTROLA GŁODU/SYTOŚCI PRZED I PO POSIŁKU W SKALI OD 0 DO 3</b>	<b>AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA</b>

**DZIENNICZEK BIEŻĄCEGO NOTOWANIA**

DATA :		DZIEŃ TYGODNIA:			
<b>GODZINA I SYTUACJA (CO ROBIĘ, GDZIE I Z KIM)</b>	<b>MOJE MYŚLI</b>	<b>EMOCJE I DOZNANIA</b>	<b>JEDZENIE I PICIE</b>	<b>KONTROLA GŁODU/SYTOŚCI PRZED I PO POSIŁKU W SKALI OD 0 DO 3</b>	<b>AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA</b>



*Dietmental*

MONIKA KORTA

## DZIENNICZEK BIEŻĄCEGO NOTOWANIA

DATA :		DZIEŃ TYGODNIA:			
GODZINA I SYTUACJA (CO ROBIĘ, GDZIE I Z KIM)	MOJE MYŚLI	EMOCJE I DOZNANIA	JEDZENIE I PICIE	KONTROLA GŁODU/SYTOŚCI PRZED I PO POSIŁKU W SKALI OD 0 DO 3	AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

**DZIENNICZEK BIEŻĄCEGO NOTOWANIA**

DATA :		DZIEŃ TYGODNIA:			
<b>GODZINA I SYTUACJA (CO ROBIĘ, GDZIE I Z KIM)</b>	<b>MOJE MYŚLI</b>	<b>EMOCJE I DOZNANIA</b>	<b>JEDZENIE I PICIE</b>	<b>KONTROLA GŁODU/SYTOŚCI PRZED I PO POSIŁKU W SKALI OD 0 DO 3</b>	<b>AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA</b>