


DZIENNICZEK ŻYWIENIOWY NA PIERWSZĄ WIZYTĘ U NEUROLOGOPEDY

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA: _____, **WIEK:** _____

ZGŁASZANY PROBLEM:

.....

.....

.....

.....

	RODZAJ POSIŁKU	CZAS POSIŁKU		ILOŚĆ		SPOSÓB PODANIA
		GODZINA PODANIA	CZAS TRWANIA	PRZYGOTOWANA	ZJEDZONA	(pierś, butelka, łyżka, kubek, strzykawka, ręka, sonda/PEG, inne)
DZIEŃ 1						

	RODZAJ POSIŁKU	CZAS POSIŁKU		ILOŚĆ		SPOSÓB PODANIA
		GODZINA PODANIA	CZAS TRWANIA	PRZYGOTOWANA	ZJEDZONA	(pierś, butelka, łyżka, kubek, strzykawka, ręka, sonda/PEG, inne)
DZIEŃ 2						
DZIEŃ 3						

	RODZAJ POSIŁKU	CZAS POSIŁKU		ILOŚĆ		SPOSÓB PODANIA
		GODZINA PODANIA	CZAS TRWANIA	PRZYGOTOWANA	ZJEDZONA	(pierś, butelka, łyżka, kubek, strzykawka, ręka, sonda/PEG, inne)
DZIEŃ 4						
DZIEŃ 5						

	RODZAJ POSIŁKU	CZAS POSIŁKU		ILOŚĆ		SPOSÓB PODANIA
		GODZINA PODANIA	CZAS TRWANIA	PRZYGOTOWANA	ZJEDZONA	(pierś, butelka, łyżka, kubek, strzykawka, ręka, sonda/PEG, inne)
DZIEŃ 6						
DZIEŃ 7						