



IMIĘ I NAZWISKO:

PRZYJMOWANE LEKI

NAZWA LEKU	DAWKA	CZĘSTOTLIWOŚĆ PRZYJMOWANIA
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PRODUKTY, KTÓRYCH NIE LUBIĘ

NAZWA PRODUKTU

1.
2.
3.
4.
5.

Uwaga! Wybierz 5 produktów, których nie chcesz mieć w diecie. Wpisanie większej ilości, może spowodować, że nie zostaną one uwzględnione przez dietetyka

Uwaga! W tym miejscu nie wpisuj produktów na które jesteś uczulona/uczulony