

KWESTIONARIUSZ ŻYWIENIA DZIECKA W WIEKU OD 6 M.Ż DO 3 LAT

Imię i nazwisko dziecka:

Wiek:

Sposób karmienia: ☐ piersią ☐ sztuczny ☐ mieszany

Liczba pełnych posiłków dziennie: ☐ 1-3 posiłki ☐ 4-5 posiłków ☐ 6 i więcej posiłków

Czas trwania posiłku: ☐ 10-25 min ☐ 30 - 35 min ☐ 40 min

Dzienne spożycie:

PRODUKT	LICZBA PORCJI			PRZYKŁADY PODAWANYCH PRODUKTÓW
Mleko (proszę podać nazwę) i nabiał	☐ 0-1 porcja	☐ 2-3 porcje	☐ 4 i więcej	
Warzywa	☐ 0-2 porcje	☐ 3-5 porcji	☐ 6 i więcej	
Owoce	☐ 0-2 porcje	☐ 3-4 porcje	☐ 5 i więcej	
Produkty mięsne	☐ 0 porcji	☐ 1-2 porcje	☐ 3 i więcej	
Ryby(tygodniowo)	☐ 0 porcji	☐ 1-2 porcje	☐ 3 i więcej	
Woda	☐ 0-2 szklanki	☐ 3-4 szklanki	☐ 5 i więcej	
Soki	☐ 0-1 szklanka	☐ 2-3 szklanki	☐ 4 i więcej	
Napoje typu cola	☐ 0-1 szklanka	☐ 2-3 szklanki	☐ 4 i więcej	
Przekąski (słodycze, chipsy)	☐ 0-2 porcje	☐ 3-4 porcje	☐ 5 i więcej	

1. Czy dziecko ma ustaloną dietę indywidualną : jaką, przez kogo jest ustalona i na jaki okres czasu?:

.....
.....
.....
.....
.....

2. Jakie posiłki dziecko spożywało dotychczas? (karmione piersią, dania typu Gerber -słoiczki, gotowane samodzielnie, inne)

.....
.....

3. Czy dziecko samodzielnie gryzie/przeżuwa?

.....

4. Czy dziecko karmione jest łyżeczką?

.....

5. Czy dziecko samodzielnie posługuje się łyżką?

.....

6. Czy dziecko samodzielnie pije z kubka?

.....

7. Czy dziecko jest dopajane w ciągu dnia/nocy?

.....

8. W jaki sposób dziecko spożywa posiłki (przy stole, w krzeselku, oglądając tv, biegamy za dzieckiem)?

.....
.....

Dodatkowe informacje dotyczące żywienia dziecka:

.....
.....
.....
.....

.....
Data/Czytelny podpis rodzica
/opiekuna prawnego

.....
Data/ Czytelny podpis rodzica
/opiekuna prawnego