



Kwestionariusz oceny częstości spożycia żywności i napojów

Częstość spożycia żywności z głównych grup produktów spożywczych				
Grupa produktów	Proszę podać, jak często w ciągu dnia/tygodnia/miesiąca pacjent spożywa wymienione produkty (wpisz liczbę)			
	W ciągu dnia	W ciągu tygodnia	W ciągu miesiąca	Rzadko lub wcale
Produkty zbożowe pełnoziarniste				
Produkty zbożowe jasne				
Mleko i produkty				
Mięso, drób				
Jaja				
Ryby				
Warzywa				
Owoce				
Orzechy, nasiona				
Tłuszcze (jakie):				
Słodkie napoje				
Soki owocowe				
Słodycze				
Słone przekąski				
Woda				

Podjadanie pomiędzy posiłkami		
Rodzaj produktu/przekąski	Częstość spożycia	Porcja