

**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 i więcej

1. Czy dziecko ma ustaloną dietę indywidualną przez specjalistę ?

- a)     nie
- b)     tak

Powód diety/diagnoza .....

Jaki specjalista przepisał .....

Czas trwania (od kiedy?).....

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

.....  
.....

3. Czy dziecko samodzielnie gryzie/przeżuwa?

.....

4. Czy dziecko karmione jest tyżeczką?

.....

5. Czy dziecko samodzielnie posługuje się tyżką?

.....

6. Czy dziecko samodzielnie pije z kubka?

.....

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

.....

8. Czy dziecko nie lubi pewnego jedzenia z powodu jego konsystencji? TAK / NIE

9. W jaki sposób dziecko spożywa posiłki ( przy stole, w krzesetku, oglądając tv, tablet, telefon komórkowy, biegamy za dzieckiem ) ?

.....  
.....

Dzienne spożycie:

PRODUKT	LICZBA PORCJI			PRZYKŁADY PODAWANYCH PRODUKTÓW
	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> 4 i więcej	
Mleko (proszę podać nazwę) i nabiał	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> 4 i więcej	
Warzywa	<input type="checkbox"/> 0-2	<input type="checkbox"/> 3 - 4	<input type="checkbox"/> 6 i więcej	
Owoce	<input type="checkbox"/> 0-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 5 i więcej	
Produkty mięsne	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3 i więcej	
Ryby(tygodniowo)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3 i więcej	
Woda	<input type="checkbox"/> 0-2 szklanki	<input type="checkbox"/> 3-4 szklanki	<input type="checkbox"/> 5 i więcej	
Soki	<input type="checkbox"/> 0-1 szklanka	<input type="checkbox"/> 2-3 szklanki	<input type="checkbox"/> 4 i więcej	
Napoje typu cola	<input type="checkbox"/> 0-1 szklanka	<input type="checkbox"/> 2-3 szklanki	<input type="checkbox"/> 4 i więcej	

Dodatkowe informacje dotyczące żywienia dziecka:

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

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

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

Data/podpis opiekuna przeprowadzającego rozmowę .....