***Jméno:*** ***Věk:******Výška:******Váha:***

***Onemocnění*** *(*např. vysoký krev. tlak, cukrovka, vysoký cholesterol atd..) + léky

***Můj jídelníček včetně pití, časů i drobného “uzobávání“***

***Pondělí***

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

***Úterý***

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

***Středa***

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

***Čtvrtek***

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

***Pátek***

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

***Sobota***

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

***Neděle***

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

***Nejím:***

***Moc mi nechutná:***

***Alergie:***

***Bez jaké potraviny/pití se neobejdu:***