

Dotazník na 5 – 7 dní (vyplňte aspoň počas 5 dní)

Meno:

Dátum:

Kedy vstávam -

Ako sa cítim -

Čo sa mi zdalo -

Povlak na jazyku - áno/nie

Stolice áno/nie, aká _____

Raňajky - kedy____; čo_____

Nápoje_____

Pocit po raňajkách_____

Cvičenie áno/nie; aké_____

Užívanie liekov alebo vitamínov _____

Ako sa cítim dopoludnia

Mám hlad áno / nie

Desiata áno/nie, aká_____ Nápoje_____

Dopoludňajšia činnosť_____

Obed - kedy____; čo_____

Nápoje_____

Pocit po obede_____

Lieky, vitamíny?_____

Odpoludňajšie cvičenie áno/nie

Olovrant áno/nie, aká_____ Nápoje_____

Odpoludňajšia činnosť_____

Večera - kedy____; čo_____

Nápoje_____

Pocit po večeri_____

Lieky, vitamíny?_____

Večerné cvičenie áno/nie

Nápoje_____

Ako sa cítim po celom dni _____

Psychicky_____

Fyzicky_____

Činnosť _____

Spánok – kedy _____

Meditácia áno/nie

Hobby – aké _____; kedy_____