

DZIENNIK JEDZENIA

DZIEŃ I DATA: _____

Kiedy i Gdzie ? Czas i Miejsce ?	Co robiłam /em? Z kim byłam/em ?	Co jadłam/em ? Co piłam/em ?	Objadanie? Tak/Nie	Wymiotowanie Przeczyszczanie Ćwiczenia W/P/Ć	Wyzwalacze: Co Zapoczątkowało Objadanie; Powód Objadania ? Jakie Myśli Przeszły Mi Przez Głowę ? Uczucia: Doznania Cieleśne I Emocje