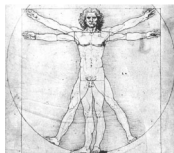
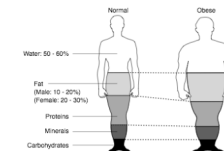


VALUTAZIONE DEL BENESSERE

LA TUA DIETA GIORNALIERA



WELLNESS EVALUATION



	Colazione	Snack metà mattina	Pranzo	Snack metà pomeriggio	Cena	Dopo cena
ORA						
Cosa e Quanto MANGIO						
Cosa e Quanto BEVO						
Come mi sento						
Costo EURO:						

N. bicchieri di acqua al giorno
 N. caffè o cappuccino al giorno
 N. drink alcolici al giorno/settimana
 Ore di sonno
 Pennichella SI NO

Quante porzioni di verdura al giorno?
 Quante porzioni di frutta al giorno?
 Partecipi a sport ricreativi? SI NO
 SE fumi, quante sigarette al gg?
 da quanti anni hai smesso?

Quante volte mangi fuori casa al mese?

Mai	1	2	3	4	5	>5
-----	---	---	---	---	---	----

 Fai attività fisica almeno 20 minuti a settimana?

NO	1	2	3	4	5	6	>6
----	---	---	---	---	---	---	----

Stai usando integratori? _____ Se si, quali? _____

Stai usando medicine? _____ Se si, quali? _____