

OSOBISTY PLAN ZDROWEGO STYLU ŻYCIA



OKREŚL SWOJE NAWYKI	TAK	NIE	JAK MOGĘ TO ZMIENIĆ	OD KIEDY ZACZNĘ
Czy wypijam 1,5 litra wody?				
Czy zjadam 5 x dziennie warzywa i owoce?				
Czy zjadam pożywne śniadanie do godziny po przebudzeniu?				
Nie nadużywam zjadania fast foodów?				
Nie nadużywam alkoholu? Papierosy?				
Czy ruszam się min.1h dziennie?				
Czy moje jedzenie jest różnorodne? Min.40 składników/dzień				
Czy zjadasz więcej warzyw i owoców niż słodczy				
Czy jesz nie później niż na 2h przed snem				
Czy robię regularne badania?				
Czy odwiedziłem ostatnio stomatologa? Ginekologa? Urologa? Dietetyka?				
Czy wystarczająco dużo śpię? (7h)				
Czy mam dobry sposób na radzenie sobie ze stresem?				