Lucos Reprotryck, Malmö AB, 040-94 65 40

MENYBOK

Malmö • Kost • Cancer
Claesgatan 7, 2 vån • 214 01 Malmö
Tel. 040-33 60 20

MENYBOK

- Beskriv så noggrant som möjligt vad Du äter vid följande Menymåltider.

_____ _____

- Starta ___ / ___ och anteckna i 8 dagar

- Återbesök ___ / ___ kl _____

Ring oss gärna på tel 33 60 20 eller 33 10 60 om någonting är oklart

Så här fyller Du i Menyboken

- Använd **ett uppslag** för varje dag. Extrablad finns längst bak.
- Skriv **veckodag** och **datum** överst.

- Ange **måltidsbenämning** och **plats** för måltiden.
- Anteckna **vad** Du ätit så ingående som möjligt.
- Om Du äter en sammansatt maträtt tex köttgryta, anteckna då alla livsmedel som ingår i denna.

- Beskriv livsmedlet så noggrant Du kan:
  - **Tillagningssätt** tex stekt, kokt, gratinerat.
  - **Typ av fisk** tex makrill, torsk. **Typ av grönsak** tex ärtor, gurka.
  - **Djurslag** och **styckningsdel** tex nötkött, märgpipa.
  - **Fetthalt** tex ost 28%, lättmjölk.
  - **Varumärke** tex Frionor.

- Anteckna mängden dryck **varje gång Du dricker** under dygnet (ej kaffe, te och choklad) tex öl 25 cl (1/2 burk), mineralvatten 2 dl.

- Anteckna intag av **vitaminer, mineraler, naturmedel** och **läkemedel** under dygnet
  - **Namn** tex Bafucin
  - **Varumärke** tex Leo
  - **Mängd** tex 3 kapslar (40 mg/st)

- Bär med Dig menyboken och anteckna **i samband med** att Du äter eller dricker så att Du inte glömmer någonting.

Välkommen till återbesöket

Exempel

Dag 1	Veckodag *tisdag*	Datum *22/10-91*
Måltid Plats	**Livsmedel**	**Beskrivning**
middag	*sillflundra*	*panerad, stekt i milda*
hemma	*sås*	*steksky + vispgrädde*
	potatis	*kokt*
	grönsaksblandning m. en klick bregott	*ärtor, majs, paprika*
	lingonsylt	
	jordgubbskräm m. mjölk	*Bob, gammaldags*
kvällsmat	*pizza*	*m. skinka*
restaurang	*sallad*	*vitkål, paprika*
	dressing	*olja + vinäger*

Dryck	Mängd under dygnet	Dryck	Mängd under dygnet
Saft		**Vin, starkvin**	*2,5 dl*
Läsk	*1 burk (33 cl)*	**Starksprit**	
Läsk; light		**Vatten**	*2 dl*
Apelsinjuice	*2 dl*	**Mineralvatten**	*33 cl*
Lättöl kl I	*33 cl*	**Lätt – minimjölk**	
Folköl kl II		**Mellanmjölk**	
Starköl, mellanöl		**Standardmjölk**	
Cider		**Gammaldagsmjölk**	
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?		*Äppeljuice*	*3 dl*
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			

Vitaminer, mineraler, naturmedel och läkemedel

Namn	Tillverkare	Mängd
Multiplex comp N	*Ferrosan*	*1 tablett*
Alvedon	*Astra*	*3 tabl (500 mg/st)*
Laktulos	*ACO*	*30 ml (670 mg/ml)*

Dag 1

Veckodag _____ Datum _____

Måltid Plats	Livsmedel	Beskrivning

Dryck	Mängd under dygnet	Dryck	Mängd under dygnet
Saft		Vin, starkvin	
Läsk		Starksprit	
Läsk; light		Vatten	
Apelsinjuice		Mineralvatten	
Lättöl kl I		Lätt – minimjölk	
Folköl kl II		Mellanmjölk	
Starköl, mellanöl		Standardmjölk	
Cider		Gammaldagsmjölk	
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			

Vitaminer, mineraler, naturmedel och läkemedel

Namn	Tillverkare	Mängd

Dag 2	Veckodag _____	Datum _____

Måltid Plats	Livsmedel	Beskrivning

Dryck	Mängd under dygnet	Dryck	Mängd under dygnet
Saft		Vin, starkvin	
Läsk		Starksprit	
Läsk; light		Vatten	
Apelsinjuice		Mineralvatten	
Lättöl kl I		Lätt – minimjölk	
Folköl kl II		Mellanmjölk	
Starköl, mellanöl		Standardmjölk	
Cider		Gammaldagsmjölk	
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			

Vitaminer, mineraler, naturmedel och läkemedel		
Namn	Tillverkare	Mängd

Dag 3

Veckodag _____ Datum _____

Måltid Plats	Livsmedel	Beskrivning

Dryck	Mängd under dygnet	Dryck	Mängd under dygnet
Saft		Vin, starkvin	
Läsk		Starksprit	
Läsk; light		Vatten	
Apelsinjuice		Mineralvatten	
Lättöl kl I		Lätt – minimjölk	
Folköl kl II		Mellanmjölk	
Starköl, mellanöl		Standardmjölk	
Cider		Gammaldagsmjölk	
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			

Vitaminer, mineraler, naturmedel och läkemedel

Namn	Tillverkare	Mängd

Dag 4

Veckodag _____ Datum _____

Måltid Plats	Livsmedel	Beskrivning

Dryck	Mängd under dygnet	Dryck	Mängd under dygnet
Saft		Vin, starkvin	
Läsk		Starksprit	
Läsk; light		Vatten	
Apelsinjuice		Mineralvatten	
Lättöl kl I		Lätt – minimjölk	
Folköl kl II		Mellanmjölk	
Starköl, mellanöl		Standardmjölk	
Cider		Gammaldagsmjölk	
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			

Vitaminer, mineraler, naturmedel och läkemedel

Namn	Tillverkare	Mängd

Dag 5

Veckodag _____ Datum _____

Måltid Plats	Livsmedel	Beskrivning

Dryck	Mängd under dygnet	Dryck	Mängd under dygnet
Saft		Vin, starkvin	
Läsk		Starksprit	
Läsk; light		Vatten	
Apelsinjuice		Mineralvatten	
Lättöl kl I		Lätt – minimjölk	
Folköl kl II		Mellanmjölk	
Starköl, mellanöl		Standardmjölk	
Cider		Gammaldagsmjölk	
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			

Vitaminer, mineraler, naturmedel och läkemedel

Namn	Tillverkare	Mängd

Dag 6	Veckodag _____	Datum _____
Måltid Plats	**Livsmedel**	**Beskrivning**

Dryck	Mängd under dygnet	Dryck	Mängd under dygnet
Saft		Vin, starkvin	
Läsk		Starksprit	
Läsk; light		Vatten	
Apelsinjuice		Mineralvatten	
Lättöl kl I		Lätt – minimjölk	
Folköl kl II		Mellanmjölk	
Starköl, mellanöl		Standardmjölk	
Cider		Gammaldagsmjölk	
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			

Vitaminer, mineraler, naturmedel och läkemedel

Namn	Tillverkare	Mängd

Dag 7

Veckodag _____ Datum _____

Måltid Plats	Livsmedel	Beskrivning

Dryck	Mängd under dygnet	Dryck	Mängd under dygnet
Saft		Vin, starkvin	
Läsk		Starksprit	
Läsk; light		Vatten	
Apelsinjuice		Mineralvatten	
Lättöl kl I		Lätt – minimjölk	
Folköl kl II		Mellanmjölk	
Starköl, mellanöl		Standardmjölk	
Cider		Gammaldagsmjölk	
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			

Vitaminer, mineraler, naturmedel och läkemedel

Namn	Tillverkare	Mängd

Dag 8	Veckodag _____	Datum _____
Måltid Plats	**Livsmedel**	**Beskrivning**

Dryck	Mängd under dygnet	Dryck	Mängd under dygnet
Saft		Vin, starkvin	
Läsk		Starksprit	
Läsk; light		Vatten	
Apelsinjuice		Mineralvatten	
Lättöl kl I		Lätt – minimjölk	
Folköl kl II		Mellanmjölk	
Starköl, mellanöl		Standardmjölk	
Cider		Gammaldagsmjölk	
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			

Vitaminer, mineraler, naturmedel och läkemedel

Namn	Tillverkare	Mängd

Extra blad

Veckodag _____ Datum _____

Måltid Plats	Livsmedel	Beskrivning

Dryck	Mängd under dygnet	Dryck	Mängd under dygnet
Saft		Vin, starkvin	
Läsk		Starksprit	
Läsk; light		Vatten	
Apelsinjuice		Mineralvatten	
Lättöl kl I		Lätt – minimjölk	
Folköl kl II		Mellanmjölk	
Starköl, mellanöl		Standardmjölk	
Cider		Gammaldagsmjölk	
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			
Annan dryck (ej kaffe, te och choklad) , vilken?			

Vitaminer, mineraler, naturmedel och läkemedel

Namn	Tillverkare	Mängd