

# Mat, motion, mående

## - Vidmakthålla vanor

Datum fr.o.m.....

t.o.m.....

## Mat

Sätt ett kryss i rutan om du har:

| Dag | Planerat matintag | Ätit frukost | Ätit lunch | Ätit middag | Ätit enligt planering | Ätit regelbundet | Ätit enligt minskavikt modellen | Avstått från utrymmesmat | Avstått från alkohol och kalori-drycker |
|-----|-------------------|--------------|------------|-------------|-----------------------|------------------|---------------------------------|--------------------------|---|
| Må  |                   |              |            |             |                       |                  |                                 |                          |   |
| Tis |                   |              |            |             |                       |                  |                                 |                          |   |
| On  |                   |              |            |             |                       |                  |                                 |                          |   |
| To  |                   |              |            |             |                       |                  |                                 |                          |   |
| Fr  |                   |              |            |             |                       |                  |                                 |                          |   |
| Lö  |                   |              |            |             |                       |                  |                                 |                          |   |
| Sö  |                   |              |            |             |                       |                  |                                 |                          |   |

## Motion

| Dag | Typ av aktivitet | Tid, steg eller längd |  |
|-----|------------------|-----------------------|--|
| Mån |                  |                       |  |
| Tis |                  |                       |  |
| Ons |                  |                       |  |
| To  |                  |                       |  |
| Fre |                  |                       |  |
| Lör |                  |                       |  |
| Sön |                  |                       |  |

## Mående

Hur jag mått under veckan:

|     | Dåligt | Bra   |
|-----|--------|-------|
| Mån | _____  | _____ |
| Tis | _____  | _____ |
| Ons | _____  | _____ |
| To  | _____  | _____ |
| Fre | _____  | _____ |
| Lör | _____  | _____ |
| Sön | _____  | _____ |

## Reflektion