Plan för ny vana

- som passar in i mitt liv

Vana som jag ska ändra på:

_____

_____

Min nya vana:

_____

_____

Så här ska jag göra, beskriv noggrant och konkret:

_____

_____

Det här ska jag börja med:

_____

_____

Denna förändring hjälper mig nå mina mål genom att:

_____

_____

Startdatum:

_____

Utvärderingsdatum:

_____

Detta kan underlätta genomförandet av min nya vana:

_____

_____

Centrum för obesitas
Akademiskt specialistcentrum
Solnavägen 1 E
113 65 Stockholm
08-123 676 30

Region Stockholm

Följande skulle kunna hindra mig från att genomföra min nya vana:

_____

_____

Så här kan jag förebygga / hantera hindret:

_____

_____