

Ernährungs- und Symptomtagebuch

Wochentag: _____ Datum: _____

		Lebensmittel		Getränke		Befinden
	Uhrzeit	Menge Tasse/EL/TF Stück/ Gramm/ Scheibe	Was? Wie Zubereitet?	Menge	Was?	Welche Beschwerden treten auf? Sind keine Beschwerden aufgetreten? (bitte genau dokumentieren, wann, welche, wie lange und wie stark von 0 –10 (0 = keine, 10 = sehr stark)
Morgens						
Zwischenmahlzeit						
Mittags						

Nachmittags						
Abends						
Spät						

Flüssigkeitszufuhr insgesamt (in Litern): _____

Sportliche Aktivität (Fahrradfahren, Schwimmen, Joggen etc.):

Ja

Was? _____

Nein

Wieso?: nicht? _____