

Name: _____ Alter: _____ Datum: _____

Geschlecht: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

UHRZEIT Wann?	LEBENSMITTEL / MENGE Was? / Wieviel? (1 Portion = 1 Hand voll)	GETRÄNKE / MENGE Was? / Wieviel?	ANMERKUNGEN / SITUATION Wie habe ich mich gefühlt? Beschwerden: Skala ☺1-10 ☹	AKTIVITÄTEN Wieviel habe ich mich bewegt?
Beispiel: 9:00	1 Scheibe Vollkornbrot mit 1 TL Butter + 1 Scheibe Käse 45%F.i.Tr. 150g Joghurt 1,5%Fett + 1 Eßl. Leinöl+ 50g Blaubeeren	250ml Wasser 1 großer Becher Kaffee 1 Eßl. Milch 1,5%Fett	Bauchschmerzen, hatte Appetit Kopfschmerzen, im Auto gegessen War traurig , zu schnell gegessen	War 30 min leicht joggen Heute nur auf der Couch gelegen

Ziel: _____ Notizen _____

Name: _____ Alter: _____ Datum: _____

Geschlecht: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

UHRZEIT Wann?	LEBENSMITTEL / MENGE Was? / Wieviel? (1 Portion = 1 Hand voll)	GETRÄNKE / MENGE Was? / Wieviel?	ANMERKUNGEN / SITUATION Wie habe ich mich gefühlt? Beschwerden: Skala 😊1-10 ☹	AKTIVITÄTEN Wieviel habe ich mich bewegt?

Ziel: _____ Notizen _____

Name: _____ Alter: _____ Datum: _____

Geschlecht: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

UHRZEIT Wann?	LEBENSMITTEL / MENGE Was? / Wieviel? (1 Portion = 1 Hand voll)	GETRÄNKE / MENGE Was? / Wieviel?	ANMERKUNGEN / SITUATION Wie habe ich mich gefühlt? Beschwerden: Skala 😊1-10 ☹	AKTIVITÄTEN Wieviel habe ich mich bewegt?

Ziel: _____ Notizen _____