

Ernährungsprotokoll Ess- und Trinktagebuch

ANLEITUNG ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

Bitte schreiben Sie ein Ernährungsprotokoll für 7 Tage inklusive eines Wochenendes. Dabei ist es wichtig, die Angaben so konkret wie möglich zu machen.

Zeit: Bitte tragen Sie hier die Uhrzeit der Mahlzeitaufnahme ein.

Ort: z.B.: zu Hause, unterwegs, im Restaurant.

Menge: Es empfiehlt sich, die Menge in essbarem Zustand abzuwiegen. Ebenfalls möglich sind die Mengenangaben wie Esslöffel, Teelöffel, Suppenteller, Schöpflöffel, Dessertschälchen/-teller, Tasse, Glas, Scheibe, Stück etc.

Lebensmittel: Hier bitte das Lebensmittel so genau wie möglich bezeichnen, bitte Brot-, Wurst-, Käse-, Fleisch-, Obst-, Gemüsesorten notieren. Sollte ein Fettgehalt zu ermitteln sein, bitte diesen notieren.

Getränke: Bitte auch hier die Angaben so exakt wie möglich vornehmen. Bitte geben Sie die Menge in ml an.

Bemerkungen / Gefühle / Symptome: Hier haben Sie Gelegenheit Ihre Anmerkungen zu ergänzen.

Aktivitäten: Bitte vermerken Sie Ihre täglichen körperlichen Aktivitäten mit Angabe von Art, Dauer, und, wenn möglich, Puls.

Wichtig:

- Bitte ändern Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten noch nicht während Sie Protokoll führen.
- Bitte behalten Sie Ihre bisherigen Gewohnheiten bei, auch, wenn es manches Mal schwer fallen sollte.
- Bitte schreiben Sie alles auf, was Sie essen und trinken, denn so können wir Ihre Vorlieben und Lieblings Speisen in der Gestaltung Ihres neuen Ernährungssystems berücksichtigen

Name: _____

Datum: _____

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Wann und wie lange habe ich gegessen?	Wo habe ich gegessen?	Wie habe ich gegessen?	Warum habe ich gegessen?	Wie viel und was habe ich gegessen / getrunken	Genuss?	Wie habe ich mich danach gefühlt?	Bemerkungen / Beschwerden / Notizen
<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> vor dem Fernseher <input type="checkbox"/> unterwegs <input type="checkbox"/> Restaurant / Kantine <input type="checkbox"/> Imbiss / Fast Food <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> in Eile <input type="checkbox"/> im Stehen <input type="checkbox"/> im Sitzen <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit andren <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Gelüste <input type="checkbox"/> weil andere gegessen haben <input type="checkbox"/> Ärger / Stress <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Belohnung / Freude <input type="checkbox"/> _____			  	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> vor dem Fernseher <input type="checkbox"/> unterwegs <input type="checkbox"/> Restaurant / Kantine <input type="checkbox"/> Imbiss / Fast Food <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> in Eile <input type="checkbox"/> im Stehen <input type="checkbox"/> im Sitzen <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit andren <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Gelüste <input type="checkbox"/> weil andere gegessen haben <input type="checkbox"/> Ärger / Stress <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Belohnung / Freude <input type="checkbox"/> _____			  	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> vor dem Fernseher <input type="checkbox"/> unterwegs <input type="checkbox"/> Restaurant / Kantine <input type="checkbox"/> Imbiss / Fast Food <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> in Eile <input type="checkbox"/> im Stehen <input type="checkbox"/> im Sitzen <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit andren <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Gelüste <input type="checkbox"/> weil andere gegessen haben <input type="checkbox"/> Ärger / Stress <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Belohnung / Freude <input type="checkbox"/> _____			  	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> vor dem Fernseher <input type="checkbox"/> unterwegs <input type="checkbox"/> Restaurant / Kantine <input type="checkbox"/> Imbiss / Fast Food <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> in Eile <input type="checkbox"/> im Stehen <input type="checkbox"/> im Sitzen <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit andren <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Gelüste <input type="checkbox"/> weil andere gegessen haben <input type="checkbox"/> Ärger / Stress <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Belohnung / Freude <input type="checkbox"/> _____			  	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> vor dem Fernseher <input type="checkbox"/> unterwegs <input type="checkbox"/> Restaurant / Kantine <input type="checkbox"/> Imbiss / Fast Food <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> in Eile <input type="checkbox"/> im Stehen <input type="checkbox"/> im Sitzen <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit andren <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Gelüste <input type="checkbox"/> weil andere gegessen haben <input type="checkbox"/> Ärger / Stress <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Belohnung / Freude <input type="checkbox"/> _____			  	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden <input type="checkbox"/> _____	