

ERNÄHRUNGSPROTOKOLL Name:

Datum: \_\_\_\_\_ Gewicht morgens: \_\_\_\_\_ kg

Uhrzeit	Mahlzeit/ Snack	Was habe ich gegessen und getrunken	Wie geht es mir nach dem Essen ⇒ Geben Sie eine Note zwischen 1 (sehr gut) und 6 (sehr schlecht)		Besondere Ereignisse, z.B. Aufregung, Stress	Stuhl- gang (x)
			Wenn Beschwerden - welche?	Note		
			Wenn Beschwerden - welche?			
			Wenn Beschwerden - welche?			
			Wenn Beschwerden - welche?			
			Wenn Beschwerden - welche?			

Bitte beachten Sie bei der Auswertung, dass:

---



---