

# MEIN ERNÄHRUNGSTAGEBUCH

Name

 Datum	 Uhrzeit	 Speisen/Menge	 Getränke	 Bemerkungen	 Medikamente
Geben Sie auch Ihr Gewicht an.	Wann haben Sie gegessen?	Was und wie viel haben Sie gegessen?	Was und wie viel haben Sie getrunken?	Wie haben Sie sich vor, während und nach dem Essen gefühlt?	Welche Arzneimittel nehmen Sie ein?*

 Aktivitäten	 Besonderheiten
---	--




\*verschrieben oder selbst gekauft