MEIN ERNÄHRUNGSTAGEBUCH

Datum	Uhrzeit	Speisen/Menge	Getränke	Bemerkungen	Medikamente	Aktivitäten	Besonderheiten
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?*		

*verschrieben oder selbst gekauft

Name