

# Ernährungs- und Symptomtagebuch

Bitte tragen Sie zwei, besser noch vier Wochen lang jeden Tag alles ein, was Sie an Speisen und Getränken zu sich nehmen. Am besten machen Sie Ihre Notizen gleich nach dem Verzehr, damit Sie nichts vergessen. Mengen können Sie gerne schätzen. Und wenn der Platz in den Spalten nicht ausreicht, nehmen Sie einfach die Rückseite.

Name	Tag	Monat	Jahr
------	-----	-------	------

Notieren Sie bitte in dieser Tabelle alles, was Sie an Nahrung zu sich nehmen – Mahlzeiten, Snacks und Getränke.

Mahlzeiten	Getränke (außer Wasser)	Beschwerden	
<b>Frühstück</b> <input type="text"/> : <input type="text"/> Uhr Medikamente: _____	_____	<input type="radio"/> Bauchschmerzen (Magen, diffus, links unten) <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Völlegefühl <input type="radio"/> Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Blähungen/Blähbauch <input type="radio"/> Übelkeit/Erbrechen <input type="radio"/> Sodbrennen <input type="radio"/> Hautausschlag <input type="radio"/> Sonstiges _____
<b>Snacks</b> <input type="text"/> : <input type="text"/> Uhr Medikamente: _____	_____	<input type="radio"/> Bauchschmerzen (Magen, diffus, links unten) <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Völlegefühl <input type="radio"/> Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Blähungen/Blähbauch <input type="radio"/> Übelkeit/Erbrechen <input type="radio"/> Sodbrennen <input type="radio"/> Hautausschlag <input type="radio"/> Sonstiges _____
<b>Mittagessen</b> <input type="text"/> : <input type="text"/> Uhr Medikamente: _____	_____	<input type="radio"/> Bauchschmerzen (Magen, diffus, links unten) <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Völlegefühl <input type="radio"/> Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Blähungen/Blähbauch <input type="radio"/> Übelkeit/Erbrechen <input type="radio"/> Sodbrennen <input type="radio"/> Hautausschlag <input type="radio"/> Sonstiges _____
<b>Snacks</b> <input type="text"/> : <input type="text"/> Uhr Medikamente: _____	_____	<input type="radio"/> Bauchschmerzen (Magen, diffus, links unten) <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Völlegefühl <input type="radio"/> Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Blähungen/Blähbauch <input type="radio"/> Übelkeit/Erbrechen <input type="radio"/> Sodbrennen <input type="radio"/> Hautausschlag <input type="radio"/> Sonstiges _____
<b>Abendbrot</b> <input type="text"/> : <input type="text"/> Uhr Medikamente: _____	_____	<input type="radio"/> Bauchschmerzen (Magen, diffus, links unten) <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Völlegefühl <input type="radio"/> Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Blähungen/Blähbauch <input type="radio"/> Übelkeit/Erbrechen <input type="radio"/> Sodbrennen <input type="radio"/> Hautausschlag <input type="radio"/> Sonstiges _____

Halten Sie hier das Stresslevel des Tages fest: von „ganz entspannt“ (Grün) bis „stark unter Druck“ (Rot).

**Stresslevel**



**Bewegung**

Bitte notieren Sie hier jede Form der körperlichen Bewegung:



**leicht**



**mittel**



**schwer**

**Leicht:** tägliche kurze Distanzen zu Fuß, Tätigkeiten oder Handlungabläufe im eigenen Haushalt

**Mittel:** Nordic Walking, Radfahren, gymnastische Übungen

**Schwer:** Ballsportarten wie Fußball, Tennis o. ä., Jogging, Workout im Fitness Center oder an Geräten zuhause.

Genug Wasser getrunken? Ca. 30 ml pro kg Körpergewicht sind das Minimum.

**Wasser** (1 Glas entsprechen 0,5 l)



Notieren Sie bitte hier, ob Sie Stuhlgang hatten und welche Konsistenz er hatte.

**Stuhlgang?** (Konsistenz ankreuzen)  fest         flüssig  kein Stuhl