

ERNÄHRUNGSTAGEBUCH

Datum: _____

Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.



	Uhrzeit	Speisen & Getränke Bitte notieren Sie, was Sie gegessen und getrunken haben.	Menge	Medikamente	Symptome und Wohlbefinden: Wie fühlen Sie sich? Welche Symptome beobachten Sie?	Stärke*				Uhrzeit
						1	2	3	4	
MORGEN										
MITTAG										
ABEND										
NACHT										

*Stärkegrad der Symptome: 1 = leicht, 2 = mittel, 3 = stark, 4 = sehr stark

**wenn Symptome mehr als ½ Stunde nach einer Mahlzeit auftreten