Ernährungs- und Symptomeprotokoll

Pro Tag 1 Blatt Größe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uhrzeit | Menge | Lebensmittel/ Getränke (Fertigprodukte, Name Hersteller, Inhaltsstoffe | Zubereitung / Gewürze (roh, geschält, gekocht, gedünstet, gebraten etc.)  | Medikamente / Nahrungser-gänzungsmittel  | Beschwerden Wann? Welche? Dauer? Schweregrad?  | Bemerkung | StuhlgangKonsistenzWie oft? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uhrzeit | Menge | Lebensmittel/ Getränke (Fertigprodukte, Name Hersteller, Inhaltsstoffe | Zubereitung / Gewürze (roh, geschält, gekocht, gedünstet, gebraten etc.)  | Medikamente / Nahrungsergänz-ungsmittel  | Beschwerden Wann? Welche? Dauer? Schweregrad?  | Bemerkung | StuhlgangKonsistenzWie oft? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uhrzeit | Menge | Lebensmittel/ Getränke (Fertigprodukte, Name Hersteller, Inhaltsstoffe | Zubereitung / Gewürze (roh, geschält, gekocht, gedünstet, gebraten etc.)  | Medikamente / Nahrungsergänz-ungsmittel  | Beschwerden Wann? Welche? Dauer? Schweregrad?  | Bemerkung | StuhlgangKonsistenzWie oft? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uhrzeit | Menge | Lebensmittel/ Getränke (Fertigprodukte, Name Hersteller, Inhaltsstoffe | Zubereitung / Gewürze (roh, geschält, gekocht, gedünstet, gebraten etc.)  | Medikamente / Nahrungsergänz-ungsmittel  | Beschwerden Wann? Welche? Dauer? Schweregrad?  | Bemerkung | StuhlgangKonsistenzWie oft? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uhrzeit | Menge | Lebensmittel/ Getränke (Fertigprodukte, Name Hersteller, Inhaltsstoffe | Zubereitung / Gewürze (roh, geschält, gekocht, gedünstet, gebraten etc.)  | Medikamente / Nahrungsergänz-ungsmittel  | Beschwerden Wann? Welche? Dauer? Schweregrad?  | Bemerkung | StuhlgangKonsistenzWie oft? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uhrzeit | Menge | Lebensmittel/ Getränke (Fertigprodukte, Name Hersteller, Inhaltsstoffe | Zubereitung / Gewürze (roh, geschält, gekocht, gedünstet, gebraten etc.)  | Medikamente / Nahrungsergänz-ungsmittel  | Beschwerden Wann? Welche? Dauer? Schweregrad?  | Bemerkung | StuhlgangKonsistenzWie oft? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uhrzeit | Menge | Lebensmittel/ Getränke (Fertigprodukte, Name Hersteller, Inhaltsstoffe | Zubereitung / Gewürze (roh, geschält, gekocht, gedünstet, gebraten etc.)  | Medikamente / Nahrungsergänz-ungsmittel  | Beschwerden Wann? Welche? Dauer? Schweregrad?  | Bemerkung | StuhlgangKonsistenzWie oft? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uhrzeit | Menge | Lebensmittel/ Getränke (Fertigprodukte, Name Hersteller, Inhaltsstoffe | Zubereitung / Gewürze (roh, geschält, gekocht, gedünstet, gebraten etc.)  | Medikamente / Nahrungsergänz-ungsmittel  | Beschwerden Wann? Welche? Dauer? Schweregrad?  | Bemerkung | StuhlgangKonsistenzWie oft? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uhrzeit | Menge | Lebensmittel/ Getränke (Fertigprodukte, Name Hersteller, Inhaltsstoffe | Zubereitung / Gewürze (roh, geschält, gekocht, gedünstet, gebraten etc.)  | Medikamente / Nahrungsergänz-ungsmittel  | Beschwerden Wann? Welche? Dauer? Schweregrad?  | Bemerkung | StuhlgangKonsistenzWie oft? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Fragen?