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 | Stuhlgang  Konsistenz  Wie 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 | Stuhlgang  Konsistenz  Wie 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 | Stuhlgang  Konsistenz  Wie 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 | Stuhlgang  Konsistenz  Wie 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 | Stuhlgang  Konsistenz  Wie 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 | Stuhlgang  Konsistenz  Wie 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 | Stuhlgang  Konsistenz  Wie 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 | Stuhlgang  Konsistenz  Wie 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 | Stuhlgang  Konsistenz  Wie oft? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Fragen?