

## Ernährungsprotokoll Ess- und Trinktagebuch

### ANLEITUNG ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

Bitte schreiben Sie ein Ernährungsprotokoll für 7 Tage inklusive einem Wochenende.  
Dabei ist es wichtig, die Angaben so konkret wie möglich zu machen.

**Zeit:** Bitte tragen Sie hier die Uhrzeit der Mahlzeitaufnahme ein.

**Ort:** z.B.: zu Hause, unterwegs, im Restaurant.

**Menge:** Es empfiehlt sich, die Menge in essbarem Zustand abzuwiegen.  
Ebenfalls möglich sind die Mengenangaben wie Esslöffel, Teelöffel, Suppenteller, Schöpflöffel, Dessertschälchen/-teller, Tasse, Glas, Scheibe, Stück etc.

**Lebensmittel:** Hier bitte das Lebensmittel so genau wie möglich bezeichnen, bitte Brot-, Wurst-, Käse-, Fleisch-, Obst-, Gemüsesorten notieren. Sollte ein Fettgehalt zu ermitteln sein, bitte diesen notieren.

**Getränke:** Bitte auch hier die Angaben so exakt wie möglich vornehmen. Bitte geben Sie die Menge in ml an.

**Bemerkungen / Gefühle / Symptome:** Hier haben Sie Gelegenheit Ihre Anmerkungen zu ergänzen.

**Aktivitäten:** Bitte vermerken Sie Ihre täglichen körperlichen Aktivitäten mit Angabe von Art, Dauer, und, wenn möglich, Puls.

### Wichtig:

- Bitte ändern Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten noch nicht während Sie Protokoll führen.
- Bitte behalten Sie Ihre bisherigen Gewohnheiten bei, auch, wenn es manches Mal schwer fallen sollte.
- Bitte schreiben Sie alles auf, was Sie essen und trinken, denn so können wir Ihre Vorlieben und Liebesspeisen in der Gestaltung Ihres neuen Ernährungssystems berücksichtigen

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

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

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Wann und wie lange habe ich gegessen?	Wo habe ich gegessen?	Wie habe ich gegessen?	Warum habe ich gegessen?	Wie viel und was habe ich gegessen / getrunken	Genuss?	Wie habe ich mich danach gefühlt?	Bemerkungen / Beschwerden / Notizen
<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> vor dem Fernseher <input type="checkbox"/> unterwegs <input type="checkbox"/> Restaurant / Kantine <input type="checkbox"/> Imbiss / Fast Food <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> in Eile <input type="checkbox"/> im Stehen <input type="checkbox"/> im Sitzen <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit andren <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Gelüste <input type="checkbox"/> weil andere gegessen haben <input type="checkbox"/> Ärger / Stress <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Belohnung / Freude <input type="checkbox"/> _____			  	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> vor dem Fernseher <input type="checkbox"/> unterwegs <input type="checkbox"/> Restaurant / Kantine <input type="checkbox"/> Imbiss / Fast Food <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> in Eile <input type="checkbox"/> im Stehen <input type="checkbox"/> im Sitzen <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit andren <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Gelüste <input type="checkbox"/> weil andere gegessen haben <input type="checkbox"/> Ärger / Stress <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Belohnung / Freude <input type="checkbox"/> _____			  	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> vor dem Fernseher <input type="checkbox"/> unterwegs <input type="checkbox"/> Restaurant / Kantine <input type="checkbox"/> Imbiss / Fast Food <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> in Eile <input type="checkbox"/> im Stehen <input type="checkbox"/> im Sitzen <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit andren <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Gelüste <input type="checkbox"/> weil andere gegessen haben <input type="checkbox"/> Ärger / Stress <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Belohnung / Freude <input type="checkbox"/> _____			  	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> vor dem Fernseher <input type="checkbox"/> unterwegs <input type="checkbox"/> Restaurant / Kantine <input type="checkbox"/> Imbiss / Fast Food <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> in Eile <input type="checkbox"/> im Stehen <input type="checkbox"/> im Sitzen <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit andren <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Gelüste <input type="checkbox"/> weil andere gegessen haben <input type="checkbox"/> Ärger / Stress <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Belohnung / Freude <input type="checkbox"/> _____			  	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> vor dem Fernseher <input type="checkbox"/> unterwegs <input type="checkbox"/> Restaurant / Kantine <input type="checkbox"/> Imbiss / Fast Food <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> in Eile <input type="checkbox"/> im Stehen <input type="checkbox"/> im Sitzen <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit andren <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Gelüste <input type="checkbox"/> weil andere gegessen haben <input type="checkbox"/> Ärger / Stress <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Belohnung / Freude <input type="checkbox"/> _____			  	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden <input type="checkbox"/> _____	