

## Ernährungsprotokoll



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Arbeitstag

Schichtdienst

arbeitsfreier Tag

Wochenende

Vermerken Sie am Ende des Tages welche Art von Bewegung Sie gemacht und wie lange Sie diese ausgeführt haben.

Uhrzeit wann?	Speisen / Menge	Gewürze	Getränke	Medikamente, Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung? (Note 1-6; 1=gering; 6=sehr schlecht)
9.00	1 Roggenbrötchen 2 TL Margarine 1 TL Marmelade		2 Tassen Kaffee mit Milch	etwas in Eile, verschlafen trotzdem entspanntes Frühstück	
13.30	1,5 Teller Gemüsepfanne mit Basmatireis, Tomaten aus der Dose, Paprika, Zucchini	Salz, schwarzer Pfeffer, Tomatenmark Rapsöl	4 Gläser Wasser à 125 ml	Essen war scharf; schnell gegessen da verkürzte Mittagspause	14.30 Blähbauch und Unwohlsein (3-4)
....					

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Arbeitstag

Schichtdienst

arbeitsfreier Tag

Wochenende

Vermerken Sie am Ende des Tages welche Art von Bewegung Sie gemacht und wie lange Sie diese ausgeführt haben.

Uhrzeit wann?	Speisen / Menge	Gewürze	Getränke	Medikamente, Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung? (Note 1-6; 1=gering; 6=sehr schlecht)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Arbeitstag

Schichtdienst

arbeitsfreier Tag

Wochenende

Vermerken Sie am Ende des Tages welche Art von Bewegung Sie gemacht und wie lange Sie diese ausgeführt haben.

Uhrzeit wann?	Speisen / Menge	Gewürze	Getränke	Medikamente, Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung? (Note 1-6; 1=gering; 6=sehr schlecht)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Arbeitstag

Schichtdienst

arbeitsfreier Tag

Wochenende

Vermerken Sie am Ende des Tages welche Art von Bewegung Sie gemacht und wie lange Sie diese ausgeführt haben.

Uhrzeit wann?	Speisen / Menge	Gewürze	Getränke	Medikamente, Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung? (Note 1-6; 1=gering; 6=sehr schlecht)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Arbeitstag

Schichtdienst

arbeitsfreier Tag

Wochenende

Vermerken Sie am Ende des Tages welche Art von Bewegung Sie gemacht und wie lange Sie diese ausgeführt haben.

Uhrzeit wann?	Speisen / Menge	Gewürze	Getränke	Medikamente, Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung? (Note 1-6; 1=gering; 6=sehr schlecht)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Arbeitstag

Schichtdienst

arbeitsfreier Tag

Wochenende

Vermerken Sie am Ende des Tages welche Art von Bewegung Sie gemacht und wie lange Sie diese ausgeführt haben.

Uhrzeit wann?	Speisen / Menge	Gewürze	Getränke	Medikamente, Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung? (Note 1-6; 1=gering; 6=sehr schlecht)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Arbeitstag

Schichtdienst

arbeitsfreier Tag

Wochenende

Vermerken Sie am Ende des Tages welche Art von Bewegung Sie gemacht und wie lange Sie diese ausgeführt haben.

Uhrzeit wann?	Speisen / Menge	Gewürze	Getränke	Medikamente, Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung? (Note 1-6; 1=gering; 6=sehr schlecht)