

Ernährungs- und Beschwerdetagebuch

Name: _____

Datum: _____

Mahlzeiten & Getränke

Frühstück:

Mittagessen:

Abendessen:

Snacks & Getränke:

Wohlbefinden & Beschwerden

- Wie fühlst du dich heute? (körperlich & emotional)

- Gab es körperliche Beschwerden? (z. B. Blähungen, Kopfschmerzen, Unwohlsein)

☐ Ja ☐ Nein → Falls ja, welche? _____

- Gab es psychische Beschwerden? (z. B. Stress, Gereiztheit, Ängste)

☐ Ja ☐ Nein → Falls ja, welche? _____

Notizen & Beobachtungen:
