



*Dein individuelles
Ernährungs-
Tagebuch*

Dein persönliches Ernährungstagebuch

Wenn Du Dich mit diesem Tagebuch beschäftigst, wirst Du schnell einen **positiven Effekt** merken:

Du **öffnest ein Bewusstsein** für Deine Ernährungs- und Lebensweise, sodass Dir anschließend Veränderungen deutlich leichter fallen.

Ich gebe auf unserem Weg alles - deshalb **wünsche ich mir ein kleines Versprechen von Dir:**

Sobald Du etwas gegessen hast, trage es bitte sofort in Dein Tagebuch ein.

Oft vergessen wir kleine Snacks einzutragen - oder verzichten ganz gerne darauf, um uns nicht schlecht fühlen zu „müssen“.

Keine Sorge, das musst Du sowieso nicht - hier geht es nur darum, die **Stellschrauben herauszufinden**, an denen wir **gemeinsam drehen** können, wenn Du es möchtest.

Folgendes ist wichtig für Dich:

- Bitte gib die **Art der Zubereitung** immer mit an – Frisch (F), Tiefkühlkost (TK), Fastfood (FF), Restaurant (R).
- Du kannst die Uhrzeiten für jede Mahlzeit natürlich auf- oder abrunden, genaue Angaben sind nicht notwendig.
- Bitte gib die **Mengenangaben** für Nahrungsmittel in Gramm an, Getränke in Milliliter.

Alternativ dazu kannst du auch Beschreibungen verwenden – zum Beispiel: eine Handvoll.

Wenn Du vor/nach einem bestimmten Essen **Beschwerden** hast, trage das **direkt** in das dafür vorgesehene Feld ein.

Beschreibe sie im Feld Sonstiges /Notizen bitte möglichst **ausführlich** – wann sind sie aufgetreten, was war konkret los und wie lange haben sie gedauert.

Bei Fragen und Unklarheiten kannst Du Dich natürlich jederzeit bei mir melden.

Noch eine Bitte:

Je genauer Du dein Tagebuch führst, desto besser können wir in der Beratung deine Probleme erkennen. Bitte nimm dir unbedingt die notwendige Zeit – und zwar am besten immer direkt nach dem Essen.

Viel Spaß beim BEWUSST werden

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel
12:00	F kleiner Salatteller (Blattsalat, Gurke, Tomate, Mais, Sonnenblumenkerne) mit Hähnchenbrust (handtellergroß), Joghurtdressing (gekauft, Kühne)	↑
15:00	Apfel	
19:00	TK großer Teller Pfannengemüse italienisch (Aldi) 1 Glas Cola (200ml)	↓
21:00	250g Mager-Quark mit handvoll TK Himbeeren	—

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität
Spaziergang	30 min.		↓
Schwimmen	45 min.		↑
Tagesbefinden (Durchschnitt)			
<input type="checkbox"/> eher Gut	<input type="checkbox"/> Mittelmäßig	<input type="checkbox"/> eher Schlecht	

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input checked="" type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input checked="" type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	Magenschmerzen nach dem Essen
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input checked="" type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input checked="" type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input checked="" type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input checked="" type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure <u>0</u> Liter/Tag	Ohne Kohlensäure <u>2,5</u> Liter/Tag

Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)

<input type="checkbox"/>	eher Gut	<input type="checkbox"/>	Mittelmäßig	<input type="checkbox"/>	eher Schlecht
--------------------------	----------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)		
<input type="checkbox"/> eher Gut	<input type="checkbox"/> Mittelmäßig	<input type="checkbox"/> eher Schlecht

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)

<input type="checkbox"/> eher Gut	<input type="checkbox"/> Mittelmäßig	<input type="checkbox"/> eher Schlecht
-----------------------------------	--------------------------------------	--

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)

<input type="checkbox"/> eher Gut	<input type="checkbox"/> Mittelmäßig	<input type="checkbox"/> eher Schlecht
-----------------------------------	--------------------------------------	--

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)

<input type="checkbox"/> eher Gut	<input type="checkbox"/> Mittelmäßig	<input type="checkbox"/> eher Schlecht
-----------------------------------	--------------------------------------	--

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)

<input type="checkbox"/>	eher Gut	<input type="checkbox"/>	Mittelmäßig	<input type="checkbox"/>	eher Schlecht
--------------------------	----------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)

<input type="checkbox"/>	eher Gut	<input type="checkbox"/>	Mittelmäßig	<input type="checkbox"/>	eher Schlecht
--------------------------	----------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

**„Biete Deinem Leib etwas
Gutes,
damit die Seele Lust hat,
darin zu wohnen.“**

Winston Churchill

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)

<input type="checkbox"/> eher Gut	<input type="checkbox"/> Mittelmäßig	<input type="checkbox"/> eher Schlecht
-----------------------------------	--------------------------------------	--

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)

<input type="checkbox"/> eher Gut	<input type="checkbox"/> Mittelmäßig	<input type="checkbox"/> eher Schlecht
-----------------------------------	--------------------------------------	--

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)

<input type="checkbox"/>	eher Gut	<input type="checkbox"/>	Mittelmäßig	<input type="checkbox"/>	eher Schlecht
--------------------------	----------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)		
<input type="checkbox"/> eher Gut	<input type="checkbox"/> Mittelmäßig	<input type="checkbox"/> eher Schlecht

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)

<input type="checkbox"/>	eher Gut	<input type="checkbox"/>	Mittelmäßig	<input type="checkbox"/>	eher Schlecht
--------------------------	----------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)

<input type="checkbox"/> eher Gut	<input type="checkbox"/> Mittelmäßig	<input type="checkbox"/> eher Schlecht
-----------------------------------	--------------------------------------	--

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)

<input type="checkbox"/> eher Gut	<input type="checkbox"/> Mittelmäßig	<input type="checkbox"/> eher Schlecht
-----------------------------------	--------------------------------------	--

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:



Karen Salmansohn

**„Eine gesunde Ernährung
füllt Ihren Körper mit
Energie und Nährstoffen.
Stellen Sie sich vor, Ihre
Zellen lächeln Sie an und
sagen: „Danke!“.“**

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)

<input type="checkbox"/> eher Gut	<input type="checkbox"/> Mittelmäßig	<input type="checkbox"/> eher Schlecht
-----------------------------------	--------------------------------------	--

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)

<input type="checkbox"/> eher Gut	<input type="checkbox"/> Mittelmäßig	<input type="checkbox"/> eher Schlecht
-----------------------------------	--------------------------------------	--

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)

<input type="checkbox"/>	eher Gut	<input type="checkbox"/>	Mittelmäßig	<input type="checkbox"/>	eher Schlecht
--------------------------	----------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)

<input type="checkbox"/> eher Gut	<input type="checkbox"/> Mittelmäßig	<input type="checkbox"/> eher Schlecht
-----------------------------------	--------------------------------------	--

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag

Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)

<input type="checkbox"/>	eher Gut	<input type="checkbox"/>	Mittelmäßig	<input type="checkbox"/>	eher Schlecht
--------------------------	----------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)

<input type="checkbox"/>	eher Gut	<input type="checkbox"/>	Mittelmäßig	<input type="checkbox"/>	eher Schlecht
--------------------------	----------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

Datum: _____

Uhrzeit	Nahrungsmittel und Getränke	Stresslevel

Sport/Bewegung	Dauer	Essen während des Sports	Intensität

Tagesbefinden (Durchschnitt)		
<input type="checkbox"/> eher Gut	<input type="checkbox"/> Mittelmäßig	<input type="checkbox"/> eher Schlecht

Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	
Warum isst Du?	Beschwerden?	Sonstiges/Notizen
<input type="checkbox"/> Hunger/Durst	<input type="checkbox"/> Blähungen	
<input type="checkbox"/> Appetit/Gelüste	<input type="checkbox"/> Juckreiz	
<input type="checkbox"/> Frust/Trost	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	
<input type="checkbox"/> Ablenkung	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Langeweile	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	

Wasserkonsum		
Wieviel Wasser hast Du getrunken?	Mit Kohlensäure ____ Liter/Tag	Ohne Kohlensäure ____ Liter/Tag
Verdauung		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bemerkung:

„Gesunde Ernährung ist eine Lebensweise, deshalb ist es wichtig, Routinen zu etablieren, die einfach, realistisch und letztlich auch lebbar sind.“

Horaz

Notizen



Notizen



Notizen



Notizen



Notizen



Notizen



The background of the entire page is a soft-focus photograph of water droplets on a green surface. The droplets are in various sizes and stages of formation, with some showing bright highlights. The overall color palette is a mix of light and dark greens, creating a natural and fresh aesthetic.

My Holistic Health

Yvonne Bünte

Otto-Pankok-Str.29

45481 Mülheim

Tel.: +491635550972

My Holistic
Health