

Ernährungstagebuch für _____ Tag _____ Datum _____

Uhrzeit	Was haben Sie gegessen?	Haben Sie es vertragen? Bitte ankreuzen	Bei Bewertung 4 oder 5: Welche Beschwerden hatten Sie?
		o 1 o 2 o 3 o 4 o 5 o 6	
		o 1 o 2 o 3 o 4 o 5 o 6	
		o 1 o 2 o 3 o 4 o 5 o 6	
		o 1 o 2 o 3 o 4 o 5 o 6	
		o 1 o 2 o 3 o 4 o 5 o 6	
		o 1 o 2 o 3 o 4 o 5 o 6	
		o 1 o 2 o 3 o 4 o 5 o 6	
		o 1 o 2 o 3 o 4 o 5 o 6	
		o 1 o 2 o 3 o 4 o 5 o 6	
		o 1 o 2 o 3 o 4 o 5 o 6	
		o 1 o 2 o 3 o 4 o 5 o 6	
		o 1 o 2 o 3 o 4 o 5 o 6	
		o 1 o 2 o 3 o 4 o 5 o 6	
		o 1 o 2 o 3 o 4 o 5 o 6	
		o 1 o 2 o 3 o 4 o 5 o 6	