

Ernährungs- und Symptomtagebuch

Name: _____

Wochentag, Datum: _____

Arbeitstag:

Urlaubstag:

Uhrzeit	Lebensmittel / Getränke (bei verpackten Lebensmitteln bitte als Anlage/Foto beifügen)	Menge Hand-Maß Ess-, Teelöffel Tasse klein....	Zubereitung (roh, geschält, gedünstet, gekocht, gebraten, gegrillt etc.) und Gewürze bitte benennen	Medikamente / Nahrungsergän- zungsmittel	Sonstiges (z.B. Essen im Restaurant, Kantine, Schule, Tierkontakt, Pollenflug, Sport, Stress)	Beschwerden Wann? Welche? Schweregrad?

Bitte nutzen Sie zur Beschreibung
des Schweregrades Ihrer Beschwerden
folgende Skala:

kein Schmerz	0	leichter Schmerz	1	mäßiger Schmerz	3
			2		4
starker Schmerz	5	sehr starker Schmerz	7	unerträglicher Schmerz	9
	6		8		10

Praxis für Ernährungsberatung und –therapie
Irene Noack
Tel.: 02241-2014754
Fax: 02241-2014755
Mail: info@ernaehrung-bonn-rhein-sieg.de