MEIN ERNÄHRUNGS- UND BEWEGUNGSTAGEBUCH

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

Gewicht:

Größe:

Krankenkasse:

MEIN ERNÄHRUNGS- UND BEWEGUNGSTAGEBUCH

Sie haben von Ihrem Ernährungsberater dieses Ernährungstagebuch erhalten. Er kann damit Ihre Ernährungsgewohnheiten besser beurteilen.

So verwenden Sie Ihr Ernährungs- und Bewegungstagebuch:

- Notieren Sie täglich alle Ihr Speisen und Getränke. Auch kleine Snacks zwischendurch.
- Schreiben Sie bei Getränken auch die Trinkmengen in Milliliter oder Litern auf.
- Füllen Sie täglich ein Blatt aus. Sie können dieses PDF auch am PC mit Ihrem Drucker ausdrucken und mit der Hand ausfüllen.
- Sie sollten gleich nach dem Verzehr die Speisen und Getränke notieren, damit Sie sie nicht vergessen.
- Als Merkhilfe können Sie mit Ihrem Smartphone ein Foto der Speisen und Getränke machen.
- Senden Sie nach den 14 Tagen dieses Ernährungs- und Bewegungstagebuch an Ihren Ernährungsberater oder bringen Sie es zum nächsten Termin ausgedruckt oder auf einem Stick mit.

Datum: **Wochentag:** Mo Di Mi Do Fr Sa So

Uhrzeit	Speisen/Menge	Getränke/Menge	Wie haben Sie sich gefühlt?	Bewegung - Wie viel haben Sie sich bewegt?

Datum: **Wochentag:** Mo Di Mi Do Fr Sa So

Uhrzeit	Speisen/Menge	Getränke/Menge	Wie haben Sie sich gefühlt?	Bewegung - Wie viel haben Sie sich bewegt?

Datum: **Wochentag:** Mo Di Mi Do Fr Sa So

Uhrzeit	Speisen/Menge	Getränke/Menge	Wie haben Sie sich gefühlt?	Bewegung - Wie viel haben Sie sich bewegt?

Datum: **Wochentag:** Mo Di Mi Do Fr Sa So

Uhrzeit	Speisen/Menge	Getränke/Menge	Wie haben Sie sich gefühlt?	Bewegung - Wie viel haben Sie sich bewegt?

Datum: **Wochentag:** Mo Di Mi Do Fr Sa So

Uhrzeit	Speisen/Menge	Getränke/Menge	Wie haben Sie sich gefühlt?	Bewegung - Wie viel haben Sie sich bewegt?

Datum: **Wochentag:** Mo Di Mi Do Fr Sa So

Uhrzeit	Speisen/Menge	Getränke/Menge	Wie haben Sie sich gefühlt?	Bewegung - Wie viel haben Sie sich bewegt?

Datum: **Wochentag:** Mo Di Mi Do Fr Sa So

Uhrzeit	Speisen/Menge	Getränke/Menge	Wie haben Sie sich gefühlt?	Bewegung - Wie viel haben Sie sich bewegt?

Datum: **Wochentag:** Mo Di Mi Do Fr Sa So

Uhrzeit	Speisen/Menge	Getränke/Menge	Wie haben Sie sich gefühlt?	Bewegung - Wie viel haben Sie sich bewegt?

Datum: **Wochentag:** Mo Di Mi Do Fr Sa So

Uhrzeit	Speisen/Menge	Getränke/Menge	Wie haben Sie sich gefühlt?	Bewegung - Wie viel haben Sie sich bewegt?

Datum: **Wochentag:** Mo Di Mi Do Fr Sa So

Uhrzeit	Speisen/Menge	Getränke/Menge	Wie haben Sie sich gefühlt?	Bewegung - Wie viel haben Sie sich bewegt?

Datum: **Wochentag:** Mo Di Mi Do Fr Sa So

Uhrzeit	Speisen/Menge	Getränke/Menge	Wie haben Sie sich gefühlt?	Bewegung - Wie viel haben Sie sich bewegt?

Datum: **Wochentag:** Mo Di Mi Do Fr Sa So

Uhrzeit	Speisen/Menge	Getränke/Menge	Wie haben Sie sich gefühlt?	Bewegung - Wie viel haben Sie sich bewegt?

Datum: **Wochentag:** Mo Di Mi Do Fr Sa So

Uhrzeit	Speisen/Menge	Getränke/Menge	Wie haben Sie sich gefühlt?	Bewegung - Wie viel haben Sie sich bewegt?

Datum: **Wochentag:** Mo Di Mi Do Fr Sa So

Uhrzeit	Speisen/Menge	Getränke/Menge	Wie haben Sie sich gefühlt?	Bewegung - Wie viel haben Sie sich bewegt?