



Name: \_\_\_\_\_

Datum / Wochentag: \_\_\_\_\_



Jennifer Orth

ERNÄHRUNGSBERATUNG  
&  
GESUNDHEITSBLOG

# Mein Ernährungstagebuch



Frühstück

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Hungergefühl Skala 1-10: \_\_\_\_\_

Getränk/Menge: \_\_\_\_\_

Symptome: \_\_\_\_\_

Emotionen: \_\_\_\_\_



Mittagessen

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Hungergefühl Skala 1-10: \_\_\_\_\_

Getränk/Menge: \_\_\_\_\_

Symptome: \_\_\_\_\_

Emotionen: \_\_\_\_\_



Abendessen

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Hungergefühl Skala 1-10: \_\_\_\_\_

Getränk/Menge: \_\_\_\_\_

Symptome: \_\_\_\_\_

Emotionen: \_\_\_\_\_



Snack

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Hungergefühl Skala 1-10: \_\_\_\_\_

Getränk/Menge: \_\_\_\_\_

Symptome: \_\_\_\_\_

Emotionen: \_\_\_\_\_



Alkohol?  Ja  Nein



Bewegung?  Nein  Ja Sportart: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_



Worauf bin ich heute stolz? \_\_\_\_\_



Was möchte ich morgen besser machen? \_\_\_\_\_



Gesamtes Wohlbefinden (Skala 1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Stresslevel (Skala 1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10