

Ernährungstagebuch

Datum: _____ Eingeschlafen: _____ Aufgewacht: _____

Schlafqualität ☆☆☆☆☆

Mahlzeit 1: <input type="checkbox"/> Frühstück <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abendbrot <input type="checkbox"/> Snack				Müde	Blähung	Ernergetsich	Schmerzen	Heißhunger
Das habe ich gegessen/getrunken:	Uhrzeit:	Hungergefühl: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Gefühl direkt nach dem Essen				
	Ich habe gegessen weil:	Alkohol: Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wieviel: _____		Gefühl 3 Stunden nach dem Essen				
Portionsgröße: <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> viel	<input type="checkbox"/> Heißhunger <input type="checkbox"/> Langeweile	Wieviel Wasser: _____						
	<input type="checkbox"/> es war Zeit <input type="checkbox"/> Gesellschaft	Stimmung: 😞 😊 😐						
<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Energie								
Mahlzeit 2: <input type="checkbox"/> Frühstück <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abendbrot <input type="checkbox"/> Snack				Müde	Blähung	Ernergetsich	Schmerzen	Heißhunger
Das habe ich gegessen/getrunken:	Uhrzeit:	Hungergefühl: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Gefühl direkt nach dem Essen				
	Ich habe gegessen weil:	Alkohol: Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wieviel: _____		Gefühl 3 Stunden nach dem Essen				
Portionsgröße: <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> viel	<input type="checkbox"/> Heißhunger <input type="checkbox"/> Langeweile	Wieviel Wasser: _____						
	<input type="checkbox"/> es war Zeit <input type="checkbox"/> Gesellschaft	Stimmung: 😞 😊 😐						
<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Energie								
Mahlzeit 3: <input type="checkbox"/> Frühstück <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abendbrot <input type="checkbox"/> Snack				Müde	Blähung	Ernergetsich	Schmerzen	Heißhunger
Das habe ich gegessen/getrunken:	Uhrzeit:	Hungergefühl: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Gefühl direkt nach dem Essen				
	Ich habe gegessen weil:	Alkohol: Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wieviel: _____		Gefühl 3 Stunden nach dem Essen				
Portionsgröße: <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> viel	<input type="checkbox"/> Heißhunger <input type="checkbox"/> Langeweile	Wieviel Wasser: _____						
	<input type="checkbox"/> es war Zeit <input type="checkbox"/> Gesellschaft	Stimmung: 😞 😊 😐						
<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Energie								
Mahlzeit 4: <input type="checkbox"/> Frühstück <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abendbrot <input type="checkbox"/> Snack				Müde	Blähung	Ernergetsich	Schmerzen	Heißhunger
Das habe ich gegessen/getrunken:	Uhrzeit:	Hungergefühl: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Gefühl direkt nach dem Essen				
	Ich habe gegessen weil:	Alkohol: Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wieviel: _____		Gefühl 3 Stunden nach dem Essen				
Portionsgröße: <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> viel	<input type="checkbox"/> Heißhunger <input type="checkbox"/> Langeweile	Wieviel Wasser: _____						
	<input type="checkbox"/> es war Zeit <input type="checkbox"/> Gesellschaft	Stimmung: 😞 😊 😐						
<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Energie								
Mahlzeit 5: <input type="checkbox"/> Frühstück <input type="checkbox"/> Mittag <input type="checkbox"/> Abendbrot <input type="checkbox"/> Snack				Müde	Blähung	Ernergetsich	Schmerzen	Heißhunger
Das habe ich gegessen/getrunken:	Uhrzeit:	Hungergefühl: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Gefühl direkt nach dem Essen				
	Ich habe gegessen weil:	Alkohol: Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wieviel: _____		Gefühl 3 Stunden nach dem Essen				
Portionsgröße: <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> viel	<input type="checkbox"/> Heißhunger <input type="checkbox"/> Langeweile	Wieviel Wasser: _____						
	<input type="checkbox"/> es war Zeit <input type="checkbox"/> Gesellschaft	Stimmung: 😞 😊 😐						
<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Energie								