Ernährungs-Symptom-Tagebuch

Name: _____

Uhrtzeit und Ort	Speisen	Getränke	Beschwerden Skala von 1 bis 10 (0 = keine, 10 = sehr stark)	Besonderheiten Medikamenteneinnahme Stimmungsschwankungen, Stress körperliche Aktivität, hormonelle Veränderungen	Schlaf

Datum:			Wochentag:				
						😀	😐	☹️

Ernährungs-Symptom-Tagebuch

Name: _____

Uhrtzeit und Ort	Speisen	Getränke	Beschwerden Skala von 1 bis 10 (0 = keine, 10 = sehr stark)	Besonderheiten Medikamenteneinnahme Stimmungsschwankungen, Stress körperliche Aktivität, hormonelle Veränderungen	Schlaf

Datum:			Wochentag:				
					😀	😐	☹