



Mein persönliches Ernährungs- und Trinkprotokoll

Dieses Ernährungsprotokoll soll einen Überblick über Ihre aktuellen Ess- und Trinkgewohnheiten schaffen.

Bitte tragen Sie alles sofort bzw. am selben Tag ein. Nicht im Nachhinein! Notieren Sie jeden Bissen. Auch die Zwischenmahlzeiten oder was Sie außer Haus, im Auto, beim Fernsehen oder vor dem Computer gegessen haben.

Bitte zur Einzelberatung mitbringen!

Ernährungsform (z.B. aus ethischen oder religiösen Gründen)	<input type="checkbox"/> Mischkost <input type="checkbox"/> Vegetarismus <input type="checkbox"/> Veganismus <input type="checkbox"/> Fasten (z.B. Ramadan) <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Mahlzeitenfrequenz: Wie oft essen Sie im Durchschnitt pro Tag?	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> 5x <input type="checkbox"/> 6x <input type="checkbox"/> keine regelmäßigen Mahlzeiten <input type="checkbox"/> Intervallfasten Pause zwischen den Mahlzeiten: ____ Stunden
Meine Ernährungsgewohnheiten / Lieblingsspeisen / Lieblingssnacks / ich nasche gerne ...	
Ist ein Hungergefühl vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anmerkung:
Ist ein Sättigungsgefühl vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anmerkung:
Haben Sie öfter Heißhunger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anmerkung:
Nehmen Sie sich meistens Zeit zum Essen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anmerkung:

Essen Sie langsam oder schnell und kauen Sie gut?	<input type="checkbox"/> schnell <input type="checkbox"/> langsam <input type="checkbox"/> ich kaue gut Anmerkung:		
Körperliche Aktivität / Bewegung / Sport und Dauer/Intensität (z.B. 30 min Schwimmen, langsames Tempo)			
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie?		

⇒ Bitte schreiben Sie **1 Woche** mit, **wann, was, wie viel und auch warum** Sie essen.

Geben Sie auch an, ob das Essen selbstgekocht ist, ob Sie außer Haus gegessen haben oder ob es sich um ein Fertigprodukt handelt.

Mengenangaben in Haushaltsmaßen:

Esstlöffel (EL), Teelöffel (TL) – z.B.: Zucker, Öl, Butter,...

¼ Liter, ½ Liter, ml, g – z.B. Getränke, Joghurt, Suppe,...

Stück (Stk.), Scheibe (Sch.), Blatt – z.B. Ei, Brot, Wurst, Käse,...

Handteller – z. B. Fleisch, Fisch; Handvoll/Schöpfer – z.B. Beilagen wie Reis, Nudeln, Gemüse, Obst,...

⇒ Notieren Sie auch **was, wann** und **wie viel** Sie trinken.

Mengenangaben in Haushaltsmaßen:

¼ Liter, ½ Liter, ml – z.B. Wasser, Saft, Smoothie, Milch, Haferdrink, Kaffee, Tee, Energy Drink, Bier, Wein,...

Esstlöffel (EL), Teelöffel (TL) – z.B. Zucker, Honig, Kakaopulver, Sirup,...

Geben Sie auch an, ob Sie Süßstoffe wie z.B. Stevia, Kandisin oder Zuckeraustauschstoffe wie z.B. Xylit (Birkenzucker), Erythrit verwenden.

Lebensmittel/Speisen/Zubereitung							Anmerkungen (Blutzucker, Warum/wo wurde gegessen, Besonderheiten, Stress,...)
Tag	Frühstück	Vormittag	Mittagessen	Nachmittag	Abendessen	Nachts	
Tag 1 Datum:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	
Getränke:							
Tag 2 Datum:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	
Getränke:							

Lebensmittel/Speisen/Zubereitung

Anmerkungen
(Blutzucker, Warum/wo
wurde gegessen,
Besonderheiten,
Stress,...)

Tag	Frühstück	Vormittag	Mittagessen	Nachmittag	Abendessen	Nachts
Tag 3 Datum:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:

Getränke:

Tag 4 Datum:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Getränke:

Lebensmittel/Speisen/Zubereitung

Anmerkungen
(Blutzucker, Warum/wo
wurde gegessen,
Besonderheiten,
Stress,...)

Tag	Frühstück	Vormittag	Mittagessen	Nachmittag	Abendessen	Nachts
Tag 5 Datum:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:

Getränke:

Tag 6 Datum:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:

Getränke:

Tag 7 Datum:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	

Getränke:

<p>Wie schätzen Sie Ihr Ernährungsverhalten ein?</p>	<p>    Was kann Ihrer Meinung nach verbessert werden? </p>
--	---

<p>Wie schätzen Sie Ihr Trinkverhalten ein?</p>	<p>    Was kann Ihrer Meinung nach verbessert werden? </p>
---	---