

## Mein Ernährungstagebuch

**Datum:**

Uhrzeit	Was esse oder trinke ich? (Menge angeben)		Habe ich es gut vertragen?	
	Lebensmittel	Getränke	Ja	Wenn nicht, welche Beschwerden habe ich?
6.00				
7.00				
8.00				
9.00				
10.00				
11.00				
12.00				
13.00				
14.00				
15.00				
16.00				
17.00				
18.00				
19.00				
20.00				
21.00				
22.00				
23.00				
24.00				
körperliche Aktivitäten:				