









Ernährungsprotokoll

Tag 1

Datum _____

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
Frühstück  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	 <input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Zwischenmahlzeit  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	 <input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Mittagessen  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	 <input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Zwischenmahlzeit  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	 <input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Abendessen  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	 <input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Spätmahlzeit  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	 <input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit

Sportart	Dauer	Nahrungsmittel / Getränke während des	Intensität
			<input type="checkbox"/> Gering









 Mittel
 Hoch

Ernährungsprotokoll

Tag 2

Datum _____

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
Frühstück  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	 <input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Zwischenmahlzeit  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	 <input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Mittagessen  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	 <input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Zwischenmahlzeit  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	 <input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Abendessen  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	 <input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Spätmahlzeit  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	 <input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit









Sportart	Dauer	Nahrungsmittel / Getränke während des	Intensität
			<input type="checkbox"/> Gering
			<input type="checkbox"/> Mittel
			<input type="checkbox"/> Hoch

Ernährungsprotokoll

Tag 3

Datum _____

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
Frühstück  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Zwischenmahlzeit  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Mittagessen  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Zwischenmahlzeit  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Abendessen  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Spätmahlzeit  <input type="text"/> : <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude



Anmerkung	<input type="checkbox"/> satt	<input type="checkbox"/> sehr satt	<input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Geselligkeit
Probleme danach				

Sportart	Dauer	Nahrungsmittel / Getränke während des	Intensität
			<input type="checkbox"/> Gering
			<input type="checkbox"/> Mittel
			<input type="checkbox"/> Hoch


Ernährungsprotokoll

Tag 4

Datum _____

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
Frühstück		
<input type="text"/> : <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Gewohnheit
Anmerkung	<input type="checkbox"/> satt	<input type="checkbox"/> Hunger / Durst
Probleme danach	<input type="checkbox"/> sehr satt	<input type="checkbox"/> Langeweile
	<input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Frust
		<input type="checkbox"/> Lust / Freude
		<input type="checkbox"/> Geselligkeit
Zwischenmahlzeit		
<input type="text"/> : <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Gewohnheit
Anmerkung	<input type="checkbox"/> satt	<input type="checkbox"/> Hunger / Durst
Probleme danach	<input type="checkbox"/> sehr satt	<input type="checkbox"/> Langeweile
	<input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Frust
		<input type="checkbox"/> Lust / Freude
		<input type="checkbox"/> Geselligkeit
Mittagessen		
<input type="text"/> : <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Gewohnheit
Anmerkung	<input type="checkbox"/> satt	<input type="checkbox"/> Hunger / Durst
Probleme danach	<input type="checkbox"/> sehr satt	<input type="checkbox"/> Langeweile
	<input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Frust
		<input type="checkbox"/> Lust / Freude
		<input type="checkbox"/> Geselligkeit
Zwischenmahlzeit		
<input type="text"/> : <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Gewohnheit
Anmerkung	<input type="checkbox"/> satt	<input type="checkbox"/> Hunger / Durst
Probleme danach	<input type="checkbox"/> sehr satt	<input type="checkbox"/> Langeweile
	<input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Frust
		<input type="checkbox"/> Lust / Freude
		<input type="checkbox"/> Geselligkeit
Abendessen		
<input type="text"/> : <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Gewohnheit
Anmerkung	<input type="checkbox"/> satt	<input type="checkbox"/> Hunger / Durst
Probleme danach	<input type="checkbox"/> sehr satt	<input type="checkbox"/> Langeweile
	<input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Frust
		<input type="checkbox"/> Lust / Freude
		<input type="checkbox"/> Geselligkeit
Spätmahlzeit		<input type="checkbox"/> Gewohnheit
		<input type="checkbox"/> Hunger / Durst




 _____ : _____
 Anmerkung
 Probleme danach

 satt sehr satt noch hungrig






Langeweile
 Frust
 Lust / Freude
 Geselligkeit

Sportart	Dauer	Nahrungsmittel / Getränke während des	Intensität
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	

Ernährungsprotokoll

Tag 5

Datum _____

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
Frühstück  _____ : _____ Anmerkung Probleme danach	_____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Zwischenmahlzeit  _____ : _____ Anmerkung Probleme danach	_____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Mittagessen  _____ : _____ Anmerkung Probleme danach	_____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Zwischenmahlzeit  _____ : _____ Anmerkung Probleme danach	_____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
Abendessen  _____ : _____ Anmerkung	_____ _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit



Probleme danach		
Spätmahlzeit		
<input type="text"/> : <input type="text"/>		
Anmerkung	<input type="checkbox"/> satt	<input type="checkbox"/> sehr satt
Probleme danach		<input type="checkbox"/> noch hungrig

Gewohnheit
 Hunger / Durst
 Langeweile
 Frust
 Lust / Freude
 Geselligkeit

Sportart	Dauer	Nahrungsmittel / Getränke während des	Intensität
			<input type="checkbox"/> Gering
			<input type="checkbox"/> Mittel
			<input type="checkbox"/> Hoch

Ernährungsprotokoll

Tag 6

Datum _____

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
Frühstück		
<input type="text"/> : <input type="text"/>		
Anmerkung	<input type="checkbox"/> satt	<input type="checkbox"/> sehr satt
Probleme danach		<input type="checkbox"/> noch hungrig
Zwischenmahlzeit		
<input type="text"/> : <input type="text"/>		
Anmerkung	<input type="checkbox"/> satt	<input type="checkbox"/> sehr satt
Probleme danach		<input type="checkbox"/> noch hungrig
Mittagessen		
<input type="text"/> : <input type="text"/>		
Anmerkung	<input type="checkbox"/> satt	<input type="checkbox"/> sehr satt
Probleme danach		<input type="checkbox"/> noch hungrig
Zwischenmahlzeit		
<input type="text"/> : <input type="text"/>		
Anmerkung	<input type="checkbox"/> satt	<input type="checkbox"/> sehr satt
Probleme danach		<input type="checkbox"/> noch hungrig
Abendessen		
<input type="text"/> : <input type="text"/>		
Anmerkung	<input type="checkbox"/> satt	<input type="checkbox"/> sehr satt
Probleme danach		<input type="checkbox"/> noch hungrig

Gewohnheit
 Hunger / Durst
 Langeweile
 Frust
 Lust / Freude
 Geselligkeit



Anmerkung
Probleme danach

satt sehr satt noch hungrig

Lust / Freude
 Geselligkeit

Spätmahlzeit

:

satt sehr satt noch hungrig

Gewohnheit
 Hunger / Durst
 Langeweile
 Frust
 Lust / Freude
 Geselligkeit

Anmerkung
Probleme danach

Sportart	Dauer	Nahrungsmittel / Getränke während des	Intensität
			<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch

Ernährungsprotokoll

Tag 7

Datum _____

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
<p>Frühstück</p> <p> <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>Anmerkung Probleme danach</p>	<p><input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig</p>	<p><input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit</p>
<p>Zwischenmahlzeit</p> <p> <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>Anmerkung Probleme danach</p>	<p><input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig</p>	<p><input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit</p>
<p>Mittagessen</p> <p> <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>Anmerkung Probleme danach</p>	<p><input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig</p>	<p><input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit</p>
<p>Zwischenmahlzeit</p> <p> <input type="text"/> : <input type="text"/></p> <p>Anmerkung Probleme danach</p>	<p><input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig</p>	<p><input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit</p>
<p>Abendessen</p>		<p><input type="checkbox"/> Gewohnheit</p>



:

Anmerkung
Probleme danach

satt sehr satt noch hungrig

- Hunger / Durst
- Langeweile
- Frust
- Lust / Freude
- Geselligkeit

Spätmahlzeit

:

Anmerkung
Probleme danach

satt sehr satt noch hungrig

- Gewohnheit
- Hunger / Durst
- Langeweile
- Frust
- Lust / Freude
- Geselligkeit

Sportart	Dauer	Nahrungsmittel / Getränke während des	Intensität
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Anamnesebogen

Persönliche Angaben

Name	<input type="text"/>			Vorname	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>				
Telefon	<input type="text"/>			Email	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	Geburtsdatum	Alter		
Größe	<input type="text"/> cm	Gewicht	<input type="text"/>	kg	
Familienstand	Kinder		Alter der Kinder		

Berufliche Tätigkeit

Beruf	Arbeitszeit	Std./Woche
<input type="text"/>	<input type="text"/> t	<input type="text"/>
Sitzende / leichte Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Schwere körperliche Tätigkeit <input type="checkbox"/>	Schichtarbeit <input type="checkbox"/>

Sport / Hobbys

Hobbys	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	Häufigkeit



Sport	_____	Häufigkeit
	_____	Häufigkeit
Sind Sie viel an der frischen	_____	
Wenn ja, wie lange?	_____	

Gesundheit / Schlaf

Schlafdauer	_____	Übliche Schlafenszeit	_____
Nächtliches	_____	Erholt nach	_____
Rauchen	_____	Anzahl pro Tag	_____
Alkoholkonsum	_____	Menge / Häufigkeit	_____
Beschwerden nach Essen	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Sodbrennen <input type="checkbox"/>
Stuhlgang	Häufigke	Konsistenz	_____

Familienanamnese

Erkrankungen	Wer?
Krebs	_____
Bluthochdruck	_____
Schlaganfall	_____
Herzinfarkt /	_____
Übergewicht	_____
Stoffwechsel / Diabetes	_____
Magen / Darm / Galle	_____
Haut / Venen	_____
Nerven- und Gemüt	_____

Atemwege (Asthma, COPD)	_____
Blase / Harnwege / Nieren	_____
Gelenke / Rückenleiden	_____
Sonstiges	_____

Vorgeburtliche Anamnese / Stillzeit / Kindheit

Schwangerschaftsverlauf	_____
(z.B. Infektionen in der	_____
Schwangerschaft,	_____
Schwangerschaftsdiabetes,	_____
Schwangerschaftsvergiftung)	_____
Eigene Geburt	_____



(z.B. Frühgeburt?, Kaiserschnitt, vaginale Geburt, Hilfsmittel unter Geburt, Krankenhausaufenthalt nach Geburt)

Stillzeit

(z.B. Stlldauer, vollgestillt/teilgestillt, Beginn Breikost)

Infektionen / Erkrankungen in Kindheit

(z.B. häufige Infekte, Antibiotika-behandlungen, klassische Kinderkrankheiten etc.)

Entwicklung

(z.B. soziale Kontakte, schulische Entwicklung, Lern- und Konzentration, Pubertät, bei Frauen Menstruationsbeginn)

Lebensereignisse

(z.B. Geschwister, Wohnortwechsel, Trennung der Eltern, Berufswahl- und Ausbildung, Schwangerschaften, Hochzeit, Tod von Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten)

Aktuelle Anamnese

Aktuelle Beschwerden



Aktuelle Erkrankungen

Medizinische Behandlungen

(z.B. Physiotherapie, Manuelle
Therapie, Osteopathie,
Akupunktur etc.)

Medikamente / Nahrungsergänzung

Allergien / Unverträglichkeiten

Unfälle / Operationen

Lebenssituation

(z.B. stressiger Alltag, Konflikte,
Gefühl der Überforderung,
Mehrfachbelastungen, etc.)

Ernährung

(z.B. Mischkost, vegetarisch,
vegan, Paläo, low carb, andere)

Aversionen

Vorlieben

Mahlzeiten pro Tag

Wichtigste Mahlzeit des Tages

Erwartungen / Ziele



Ort, Datum

Unterschrift



Persönliche „Time Line“

Name: _____ Geburtsdatum: _____

**Erkrankungen
in Ihrer
Familie**

**Ihre
Geburt**

Geburts-
modus
Komplika-
tionen

Ihre bisherige Krankengeschichte

Symptome, Trigger, Unfälle, Operationen, Medikation (v.a. Antibiotika), Infektionen, Psycho-
emotionale Belastungen

**Ihre aktuellen
Beschwerden**





.....

.....

.....