susannekirsch
Ernährungsberatung & Ernährungstherapie

ZERTIFIKAT ERNÄHRUNGSBERATERIN VDOE VERBAND DER OECOTROPHOLOGEN E.V.

Ernährungs – Symptom - Tagebuch

Name, Vorname Datum Wochentag ☐ Arbeitstag ☐arbeitsfreier Tag

Wann? Wo?	Essen und Trinken Was? Incl. Gewürze, Öle und Fette Wie zubereitet? Roh, gekocht?	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Skala 1-10: 1= gering, 10 = sehr stark)	Sonstiges: Medikamente, Sport? Stress?

Beschwerden, z.B.: Durchfall = D, Verstopfung = Ve, Blähungen=B, Bauchkrämpfe= K, Völlegefühl = Vö, Sodbrennen = S