

Ernährungs- und Symptomtagebuch – Lebensmittelallergien/ Lebensmittelunverträglichkeiten



Name: _____

Wochentag/Datum: _____

Gewicht morgens: _____

| Uhrzeit | Menge | Essen und Trinken inkl. Gewürze, Öle, Fette (Rezepte u. Zutatenlisten von Fertigprodukten beilegen oder auf Extrazettel ergänzen) | Zubereitung (roh, geschält, gekocht, zerkleinert, gedünstet, gebraten) | Medikamente | Umwelt (besonderer Ereignisse wie Stress, Aufregung, Aktivitäten, Wetter, Tierkontakte) | Allgemeinzustand/ Beschwerden (Wann? Welche?) |
|----------------|--------------|---|--|--------------------|---|---|
| | | | | | | |

Bitte senden Sie das ausgefüllte Tagebuch an Ihre Ernährungsberaterin zurück .