

Tages-Ernährungsprotokoll

Name _____ Datum _____ Arbeitstag Freier Tag

Schlafdauer (in Stunden):			Schlafqualität (Skala 1-10**):		
Zeit Art* Dauer	Anlass Wo? Mit wem?	Lebensmitteln und Getränken Wie viel Essen? Wie viele Getränke?	Befinden Hunger? Bauchgefühl? Geschmack?	Stress Skala- wert**	Bewegung Wann? Was? Dauer? Mit wem?

*Frühstück (F), Mittagessen (M), Abendessen (A), Snack (S)

** Skala 1-10 (1 = sehr niedrig | 10 = sehr hoch)