



Dr. med. Agathe Traut  
Brückenstr. 2a 54338 Schweich

### Ernährungstagebuch

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. Tag	Datum	Arbeitstag	Arbeitsfreier Tag	Wochenende	Sonstiges
Uhrzeit	Lebensmittel	Getränke (ml)	Warum?	Wo?	

2. Tag	Datum	Arbeitstag	Arbeitsfreier Tag	Wochenende	Sonstiges
Uhrzeit	Lebensmittel	Getränke (ml)	Warum?	Wo?	

3. Tag	Datum	Arbeitstag	Arbeitsfreier Tag	Wochenende	Sonstiges
Uhrzeit	Lebensmittel	Getränke (ml)	Warum?	Wo?	

4. Tag	Datum	Arbeitstag	Arbeitsfreier Tag	Wochenende	Sonstiges
--------	-------	------------	-------------------	------------	-----------

			Tag		
Uhrzeit	Lebensmittel	Getränke (ml)	Warum?	Wo?	

5. Tag	Datum	Arbeitstag	Arbeitsfreier Tag	Wochenende	Sonstiges
Uhrzeit	Lebensmittel	Getränke (ml)	Warum?	Wo?	

6. Tag	Datum	Arbeitstag	Arbeitsfreier Tag	Wochenende	Sonstiges
Uhrzeit	Lebensmittel	Getränke (ml)	Warum?	Wo?	

7. Tag	Datum	Arbeitstag	Arbeitsfreier Tag	Wochenende	Sonstiges
Uhrzeit	Lebensmittel	Getränke (ml)	Warum?	Wo?	

8. Tag	Datum	Arbeitstag	Arbeitsfreier Tag	Wochenende	Sonstiges
--------	-------	------------	-------------------	------------	-----------

