



## Ernährungstagebuch

Jeder Mensch hat Gewohnheiten in seiner Ernährung, die ihm nicht unbedingt bewusst sind. Um diese zu erkennen und zu interpretieren, ist es wichtig, ein ehrliches und unverfälschtes Ernährungstagebuch zu führen. Zwei Wochen sind dafür ideal, aber auch eine Woche kann große Erkenntnisse liefern. Es geht keineswegs darum, Sie oder Ihr Ernährungsverhalten zu kritisieren, sondern vielmehr darum, Trigger zu entlarven, die womöglich Ihre Energie rauben. In meinem Ernährungstagebuch stehen nicht nur die Mahlzeiten im Fokus. Auch interessant zu sehen sind die Befindlichkeiten nach dem Essen, Ihre Schlafdauer, Ihre Medikamenteneinnahme, Ihre Umgebung (in der Sie leben und essen). Diese Blätter gehören bei mir zu einer guten Anamnese. Wenn Sie Ihre Mahlzeiten beschönigen, oder für das Ernährungstagebuch versuchen besonders gesund zu essen, fehlen wichtige Erkenntnisse auf Ihrem Weg zu einer gesünderen Ernährung.

- Notieren Sie Ihren Namen und das Datum.
- Ihre Aufwach- und Einschlafzeit, und die Schlafqualität/Dauer
- Schreiben Sie bitte alle Mahlzeiten auf, auch wenn Sie „nur“ naschen, und was Sie dabei naschen.
- Wenn Ihnen auffällt, dass Sie z. B. sofort nach einer Mahlzeit müde oder aufgedreht sind, notieren Sie auch das.
- In der Spalte „Energie“ können Sie mit Hilfe der Benotung schnell festhalten, wie Sie sich gerade fühlen.
- Was trinken Sie und wann?
- Machen Sie am besten das Ernährungstagebuch zu Ihrem Begleiter und notieren Sie alles gleich, damit Sie nichts vergessen, bzw. keine langen Nachträge schreiben müssen.

Name: .....

Datum: .....

Montag	Essen/Getränke*	Tätigkeit	Energie
<b>Wach</b>			
<b>Morgens</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Snack</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Mittags</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Snack</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Abends</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Spätabends</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Schlafen</b>	Zeit	Besonderheiten	

Energiebarometer: 1 super 2 gut 3 neutral 4 schlecht 5 katastrophal

\* Bitte auch die Einnahme von Medikamenten notieren

Name: .....

Datum: .....

<b>Dienstag</b>	<b>Essen/Getränke*</b>	<b>Tätigkeit</b>	<b>Energie</b>
<b>Wach</b>			
<b>Morgens</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Snack</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Mittags</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Snack</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Abends</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Spätabends</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Schlafen</b>	Zeit	Besonderheiten	

Energiebarometer: ① super ② gut ③ neutral ④ schlecht ⑤ katastrophal

\* Bitte auch die Einnahme von Medikamenten notieren

Name: .....

Datum: .....

Mittwoch	Essen/Getränke*	Tätigkeit	Energie
<b>Wach</b>			
<b>Morgens</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Snack</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Mittags</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Snack</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Abends</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Spätabends</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Schlafen</b>	Zeit	Besonderheiten	

Energiebarometer: 1 super 2 gut 3 neutral 4 schlecht 5 katastrophal

\* Bitte auch die Einnahme von Medikamenten notieren

Name: .....

Datum: .....

<b>Donnerstag</b>	<b>Essen/Getränke*</b>	<b>Tätigkeit</b>	<b>Energie</b>
<b>Wach</b>			
<b>Morgens</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Snack</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Mittags</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Snack</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Abends</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Spätabends</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Schlafen</b>	Zeit	Besonderheiten	

Energiebarometer: 1 super 2 gut 3 neutral 4 schlecht 5 katastrophal

\* Bitte auch die Einnahme von Medikamenten notieren

Name: .....

Datum: .....

<b>Freitag</b>	<b>Essen/Getränke*</b>	<b>Tätigkeit</b>	<b>Energie</b>
<b>Wach</b>			
<b>Morgens</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Snack</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Mittags</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Snack</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Abends</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Spätabends</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Schlafen</b>	Zeit	Besonderheiten	

Energiebarometer: ① super   ② gut   ③ neutral   ④ schlecht   ⑤ katastrophal

\* Bitte auch die Einnahme von Medikamenten notieren

Name: .....

Datum: .....

<b>Samstag</b>	<b>Essen/Getränke*</b>	<b>Tätigkeit</b>	<b>Energie</b>
<b>Wach</b>			
<b>Morgens</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Snack</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Mittags</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Snack</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Abends</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Spätabends</b>			
Ort			
Zeit			
<b>Schlafen</b>	Zeit	Besonderheiten	

Energiebarometer: 1 super 2 gut 3 neutral 4 schlecht 5 katastrophal

\* Bitte auch die Einnahme von Medikamenten notieren

Name: .....

Datum: .....

Sonntag	Essen/Getränke*	Tätigkeit	Energie
Wach			
Morgens			
Ort			
Zeit			
Snack			
Ort			
Zeit			
Mittags			
Ort			
Zeit			
Snack			
Ort			
Zeit			
Abends			
Ort			
Zeit			
Spätabends			
Ort			
Zeit			
Schlafen	Zeit	Besonderheiten	

Energiebarometer: 1 super 2 gut 3 neutral 4 schlecht 5 katastrophal

\* Bitte auch die Einnahme von Medikamenten notieren