Ernährungstagebuch:
Name: _____

Ernährungsberatung
Iris Burger
09351/4863

Datum: _____

Datum/ Uhrzeit	Lebensmittel/Getränke:	Medikament, Sport, Stuhlgang, Stress etc.	Hungergefühl Stärke: Note: 1-6; 1 = gering, 6 = sehr stark	☺ ☹