

Ernährungs- und Symptomtagebuch



Name: _____

Wochentag, Datum: _____

Uhrzeit	Lebensmittel / Getränke (bei verpackten Lebensmitteln bitte als Anlage beifügen) Auch Speiseöle und -fette nennen Rezepte als Anlage beifügen	Menge	Zubereitung (roh, geschält, zerkleinert, gedünstet, gekocht, gebraten, gegrillt etc.) und Gewürze	Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel	Sonstiges (z.B. Essen im Restaurant, Kantine, Schule, Tierkontakt, Pollenflug, Sport, Stress)	Beschwerden Wann? Welche? Schweregrad?

Bitte nutzen Sie zur Beschreibung des Schweregrades Ihrer Beschwerden folgende Skala:

kein Schmerz	0	leichter Schmerz	1 2	mäßiger Schmerz	3 4
starker Schmerz	5 6	sehr starker Schmerz	7 8	unerträglicher Schmerz	9 10

Ernährungsberatung

Tel: 040 · 18 12 15 · 220

Fax: 040 · 18 12 15 · 229

Ernaehrungsberatung-hamburg@arztzentrum.de



Facharztzentrum

an der Kampnagelfabrik

Jarrestraße 2-6 · 22303 Hamburg

www.hamburg.arztzentrum.de