

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben einen Termin zur Erstvorstellung in unserem Adipositaszentrum vereinbart. Hiermit haben Sie den wichtigen Schritt zur Behandlung Ihrer Erkrankung erfolgreich getan.

Um Ihnen eine maßgeschneiderte Behandlung anbieten zu können, benötigen wir Ihre Mithilfe:

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin bei uns die beigefügten Fragebögen vollständig ausgefüllt mit. Sie beinhalten wichtige Informationen zu Ihrem bisherigen Krankheitsverlauf:

- Erhebungsbogen für das Erstgespräch  
(Dokument der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie)
- Ernährungs- und Bewegungstagebuch

Des Weiteren benötigen wir:

- Ihre Versicherungskarte
- Überweisung von Ihrem Hausarzt, Internisten oder Chirurgen
- Laborwerte: kleines Blutbild, TSH, Elektrolyte (Na,K,Ca), Leberwerte, Nierenwerte, HbA1c (falls Sie Diabetiker/in sind)

bei Interesse zur medikamentösen Therapie zusätzlich: Amylase und Lipase, Harnsäure, Vitamin D3

- wenn vorhanden weitere wichtige Vorbefunde (Arztbriefe, Untersuchungsergebnisse, Reha Berichte etc.)

Wir freuen uns auf Sie.



Dr. Marianne Obst, Ärztliche Leitung  
sowie das gesamte Team des Adipositaszentrums



# StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen

## Erhebungsbogen für das Erstgespräch



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie möchten sich in einem Adipositaszentrum zur Beratung vorstellen.

Damit die Beratung möglichst individuell und gezielt sein kann, ist es für den behandelnden Arzt hilfreich, bestimmte Informationen zu Ihrer Person, Ihren Begleiterkrankungen, Medikamenten usw. zu bekommen.

Daher möchten wir Sie bitten, den beiliegenden Fragebogen so vollständig wie möglich auszufüllen und ihn zu Ihrem Beratungsgespräch mitzubringen.

Gerne können Sie auch, falls vorhanden, einen Medikamentenzettel oder Unterlagen von Ihrem Hausarzt mitbringen.

Hinweis:

Sie können den jeweiligen Fragebogen auch an Ihrem Computer ausfüllen und anschließend ausgedruckt mitbringen. Zum Ausfüllen von PDF-Fragebögen können Sie die kostenlose Software "Adobe Reader<sup>®</sup>" von der Herstellerwebseite verwenden: [www.get.adobe.com/reader/](http://www.get.adobe.com/reader/)

Ansonsten können Sie den Fragebogen auch ausdrucken und anschließend auf Papier ausfüllen, die Antworten werden dann manuell übertragen.

Elektronische Erfassung: Alle Kliniken speichern heute ihre Daten elektronisch, um den Behandlungsverlauf möglichst effizient zu gestalten.

## Angaben zum Kontakt

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mailadresse \_\_\_\_\_

Ihr Name, Telefonnummer und E-Mailadresse dient ausschließlich Ihrem behandelnden Krankenhaus zur Kontaktaufnahme. Diese Angaben werden nicht im Register "StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen" erfasst.

## Allgemeine Fragen

Größe (in cm) \_\_\_\_\_ Aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Geschlecht:  weiblich  männlich

Übergewichtig besteht seit Lebensjahr: \_\_\_\_\_

Was war ihr höchstes Gewicht bisher? \_\_\_\_\_ kg in welchem Jahr? \_\_\_\_\_

Leben Sie in einer Partnerschaft?  Nein  Ja

Anzahl der leiblichen Kinder: \_\_\_\_\_

Unerfüllter Kinderwunsch  Nein  Ja

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:

ohne Abschluss  Hochschulreife

Hauptschule / Volksschule  anderer

Realschule / Mittlere Reife

Haben Sie eine Berufsausbildung? Welche?

keine  Fach-/Meister-/Technikerschule/Lehre

noch in Ausbildung  anderer

Hochschule

Sind sie derzeit erwerbstätig?

nicht erwerbstätig  Hausfrau/Hausmann

Vollzeit (> 35 h/Woche)  arbeitsunfähig

Teilzeit (15 - 35 h/Woche)  berentet

Teilzeit (< 15 h/Woche)  anderer

Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas?

Mutter:  Nein  Ja  Unbekannt

Vater  Nein  Ja  Unbekannt

Kind(er):  Nein  Ja  Keine Kinder  Unbekannt

Geschwister:  Nein  Ja  Keine Geschwister  Unbekannt

Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität)  frei  nur mit Hilfsmitteln  sehr eingeschränkt (immobil)

## Fragen zu Ihrer Gesundheit

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

Diabetes Typ 1	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Seit (Jahr): _____
Diabetes Typ 2	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Seit (Jahr): _____
Bluthochdruck	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="checkbox"/> CPAP-Behandlung / -Maske
Fettstoffwechselstörung	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Harnsäureerhöhung / Gicht	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Gelenkerkrankungen/schmerzen	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Welche:		
Leiden Sie unter Depressionen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Leiden Sie unter Harninkontinenz?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Leiden Sie unter Sodbrennen	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Hatten oder Haben Sie eine Krebserkrankung?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Für Frauen: Leiden Sie unter Zyklusstörungen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	
Haben Sie bereits Ihre Menopause (Wechseljahre)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Seit wann: _____

## Medikamente

Medikament	morgens	mittags	abends

## Operationen

Falls Sie schon einmal operiert worden sind, so geben Sie dies bitte an.

Da Operationen mit **Schlüssellochtechnik** (kleinen Schnitten-minimal-invasiv) durchgeführt werden können oder auch **offen** (d.h. mit großem Schnitt), geben Sie uns dies bitte an:

Gallenblasenentfernung  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Blinddarmentfernung  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Adipositas-Operation in der Vorgeschichte  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: \_\_\_\_\_ im Jahr: \_\_\_\_\_

Operationen am Magen  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: \_\_\_\_\_

Operationen am Darm  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: \_\_\_\_\_

Operationen an der Bauchwand  
(Brüche, plastische Operationen)  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: \_\_\_\_\_

andere Operationen am Bauch  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: \_\_\_\_\_

Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken  
(bei Frauen)  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: \_\_\_\_\_

Sonstige Operationen:

## Fragen zu Ihrem Ernährungsverhalten

Bitte beantworten Sie die Fragen offen und ehrlich.

Essen Sie täglich Süßigkeiten?  Nein  Ja

Essen Sie nachts?  Nein  Ja

Haben Sie Essanfälle?  Nein  Ja

Bitte machen Sie Angaben zur Zahl Ihrer täglichen Mahlzeiten:

Haupt-Mahlzeiten pro Tag \_\_\_\_\_

Neben-Mahlzeiten pro Tag \_\_\_\_\_

Konsum zuckerhaltiger Getränke (Liter/Tag) \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie die letzten 3 Diätversuche an.

Abnehmversuch 1

- Keine
- Stationäre/Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: \_\_\_\_\_

Dauer in Monaten: \_\_\_\_\_

Gewichtsverlust in kg:

- Keinen
- bis 10 kg
- 11 - 20 kg
- 21 - 30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

Abnehmversuch 2

- Keine
- Stationäre/Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: \_\_\_\_\_

Dauer in Monaten: \_\_\_\_\_

Gewichtsverlust in kg:

- Keinen
- bis 10 kg
- 11 - 20 kg
- 21 - 30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

Abnehmversuch 3

- Keine
- Stationäre/Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr: \_\_\_\_\_

Dauer in Monaten: \_\_\_\_\_

Gewichtsverlust in kg:

- Keinen
- bis 10 kg
- 11 - 20 kg
- 21 - 30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

Machen Sie Sport oder gehen Sie einer körperlichen Aktivität nach?  Nein  
 weniger als 1 Stunde pro Woche  
 1 bis 2 Stunde pro Woche  
 mehr als 2 Stunden pro Woche

Welche \_\_\_\_\_



# StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen

## Informationen zu den Patientenfragebögen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre betreuenden Ärzte sind bemüht, die Behandlung für Sie immer weiter zu verbessern.

Die Erfassung einer möglichen Veränderung des Essverhaltens und/oder der Lebensqualität im Verlauf einer Behandlung können dafür wichtige Hinweise und Erkenntnisse geben.

So lässt sich die Wirkung einer Adipositasbehandlung nicht nur in einer Veränderung des Körpergewichtes bemessen. Wenn Sie den Fragebogen auch in Ihrer Nachsorge ausfüllen, kann dieser helfen Probleme frühzeitig zu erkennen, aber vor allem auch Erfolge messbar zu machen.

Es kann sein, dass Ihnen einige Fragen wiederholt oder als nicht passend erscheinen - dies liegt daran, dass es sich um standardisierte Bögen handelt. Kreuzen Sie dennoch einfach die Antwort an, welche Ihrer Wahrnehmung am nächsten kommt.

Die Fragen werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Wir würden uns freuen, wenn Sie sich einige Minuten Zeit nehmen, um einen oder beide Fragebögen zu Ihrer Lebensqualität und dem Essverhalten zu beantworten

Lebensqualität: Bariatric Quality of Life Index (BQL)

Essverhalten: Eating Disorder Examination (EDE)

Hinweis:

Sie können den jeweiligen Fragebogen auch an Ihrem Computer ausfüllen und anschließend ausgedruckt mitbringen. Zum Ausfüllen von PDF-Fragebögen können Sie die kostenlose Software "Adobe Reader ®" von der Herstellerwebseite verwenden: [www.get.adobe.com/reader/](http://www.get.adobe.com/reader/)

Ansonsten können Sie den Fragebogen auch ausdrucken und anschließend auf Papier ausfüllen.

Elektronische Erfassung: Alle Kliniken speichern heute ihre Daten elektronisch, um den Behandlungsverlauf möglichst effizient zu gestalten.

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
1. Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Ich akzeptiere mein Gewicht.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	schlecht	weniger gut	teils/ teils	gut	sehr gut
3. Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
4. Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen Unternehmungen (Konzerte, Ausflüge etc.)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Ich bin sozial aktiv (Freunde, Bekannte).	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Ich fühle mich oft ausgeschlossen (im Beruf, Familie)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7. Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8. Ich fühle mich manchmal depressiv.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9. Ich bin im Großen und ganzen mit meinem Leben zufrieden.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
10. Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt.					
a) im Haushalt	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
b) im Beruf <input type="checkbox"/> nicht berufstätig	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
c) im Privatleben	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
11. Ich bin selbstsicher	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5



Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (**28 Tage**).  
 Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen. Vielen Dank!

AN WIE VIELEN DER LETZTEN 28 TAGE ...	Kein Tag	1 - 5 Tage	6 - 12 Tage	13 - 15 Tage	16 - 22 Tage	23 - 27 Tage	jeden Tag
a. Haben Sie bewusst <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Hat das Nachdenken über <u>Nahrung, Essen oder Kalorien</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Haben Sie sich dick gefühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			In weniger als der Hälfte der Fälle		in mehr als der Hälfte der Fälle		in den meisten Fällen jedes Mal
f. In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle ( d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? <b>(Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)</b>	niemals	in seltenen Fällen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<b>über- haupt nicht</b>		<b>leicht</b>		<b>mäßig</b>		<b>deutlich</b>
g. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem <b>Gewicht</b> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



# Mein Ernährungs- und Bewegungstagebuch

Name

.....

Zeitraum

.....

Ziel

.....

# Mein Ernährungs- und Bewegungstagebuch

Ein Ernährungstagebuch hilft Ihnen, Gewohnheiten zu erkennen. Nehmen Sie sich die Zeit und notieren Sie über eine Woche, was und wie viel Sie essen und trinken. Nach dieser Woche ziehen Sie Bilanz: Essen Sie ausreichend Gemüse und Obst? Trinken Sie genug? Essen Sie nebenbei, verbringen Sie viel Zeit mit dem Essen vor dem Bildschirm? Was fällt Ihnen leicht, was können Sie verbessern?

## So führen Sie das Tagebuch:

- Notieren Sie auf dem Deckblatt Ihren Namen und den Zeitraum, in dem Sie das Tagebuch ausfüllen. Formulieren Sie ein Ziel für diesen Zeitraum.
- Füllen Sie täglich ein Blatt aus. Sollten Sie mehr Platz benötigen, nutzen Sie ein weiteres Blatt. Sie können das Formular am Computer ausfüllen und abspeichern. Sollten Sie die Seiten, leer oder ausgefüllt, ausdrucken wollen, nutzen

Sie dafür möglichst die Funktionen „beidseitig bedrucken, an kurzer Kante spiegeln“ und „Toner sparen“.

- Notieren Sie alles, was Sie essen und trinken – während einer Mahlzeit und auch nebenbei.
- Tragen Sie Ihre Angaben möglichst direkt nach dem Verzehr ein, dann vergessen Sie nichts. Falls Ihnen das nicht möglich ist, können Sie mit dem Smartphone ein Foto als Gedächtnisstütze machen und das Tagebuch später in Ruhe ausfüllen.
- Beschreiben Sie alles so genau wie möglich. Geben Sie z. B. auch Fettgehalte von Milchprodukten an.
- Fehlen Ihnen Gewichtsangaben oder können Sie das Lebensmittel nicht abwägen, dann schätzen Sie die Menge so gut wie möglich, z. B. 1 Teelöffel, 1 Scheibe, 1 Handteller groß.
- Geben Sie bei den Getränken auch die Art an, z. B. Mineralwasser, Leitungswasser, schwarzer Tee, Fruchtsaft.
- Notieren Sie, wenn es Besonderheiten gab, z. B. Beschwerden

nach dem Essen, Zeitdruck beim Essen, das Naschen im Auto oder auch eine ausgelassene Mahlzeit. Auch Medikamente, die Sie nehmen, können Sie hier eintragen. Nutzen Sie dazu die Spalte „Anmerkungen/Situationen“.

- In der Spalte „Aktivitäten“ können Sie Angaben zu Ihrer Bewegung machen. Hier zählt alles! Tragen Sie also nicht nur Ihre sportlichen Aktivitäten ein, sondern notieren Sie auch, wenn Sie die Treppe statt des Aufzugs nutzen oder in der Mittagspause spazieren gehen.
- Unter „Notizen“ können Sie alles aufschreiben, was Ihnen wichtig erscheint. Vielleicht möchten Sie ein Tagesmotto eintragen? An dieser Stelle ist auch Platz für spezielle Angaben, z. B. Arbeitstag oder Wochenende, Urlaubs- oder Krankheitstag, wann Sie aufgestanden und schlafen gegangen sind oder wie Sie sich an diesem Tag gefühlt haben.

Uhrzeit Wann?	Speisen/Menge Was/Wie viel?	Getränke/Menge Was/Wie viel?	Anmerkungen/Situationen Wie habe ich mich gefühlt?	Aktivitäten Wie viel habe ich mich bewegt?
7:00 Uhr	2 Scheiben Vollkornbrot, 2 Tl Butter, 1 Tl Konfitüre, 1 Scheibe Gouda 45 % F.i.Tr.	1 Tasse Kaffee (125 ml) 4 Tl Milch	etwas in Eile, zu Hause	mit dem Fahrrad zur Arbeit
10:30 Uhr	2 große Möhren (150 g), 1 Kaugummi	1 Glas Mineralwasser (250 ml)	Möhren haben gut geschmeckt, Büro	Treppe anstatt Aufzug genommen!
13:30 Uhr	1 Wiener Schnitzel (2 Handteller groß), paniert und frittiert, 2 Schöpfkellen Kartoffelsalat	1 Glas Mineralwasser (400 ml)	hektisch gegessen, wegen Be- sprechungstermin, Kantine	Treppe!
14:00 Uhr	3 Schokopätzchen	2 Tassen Kaffee (125 ml), 2 Portions- döschen Kaffeemilch leicht, 4 Tl Zucker, 1 kleine Flasche Mineral- wasser (250 ml)	Besprechung, unangenehmes Bauch- gefühl gehabt	
...	...			

# Mein Ernährungs- und Bewegungstagebuch

Datum:

Name:



Uhrzeit Wann?	Speisen/Menge Was/Wie viel?	Getränke/Menge Was/Wie viel?	Anmerkungen/Situationen Wie habe ich mich gefühlt?	Aktivitäten Wie viel habe ich mich bewegt?

Notizen

.....

.....

# Mein Ernährungs- und Bewegungstagebuch

Datum:

Name:



Uhrzeit Wann?	Speisen/Menge Was/Wie viel?	Getränke/Menge Was/Wie viel?	Anmerkungen/Situationen Wie habe ich mich gefühlt?	Aktivitäten Wie viel habe ich mich bewegt?

Notizen

.....

.....

# Mein Ernährungs- und Bewegungstagebuch

Datum:

Name:



Uhrzeit Wann?	Speisen/Menge Was/Wie viel?	Getränke/Menge Was/Wie viel?	Anmerkungen/Situationen Wie habe ich mich gefühlt?	Aktivitäten Wie viel habe ich mich bewegt?

Notizen

.....

.....

# Mein Ernährungs- und Bewegungstagebuch

Datum:

Name:



Uhrzeit Wann?	Speisen/Menge Was/Wie viel?	Getränke/Menge Was/Wie viel?	Anmerkungen/Situationen Wie habe ich mich gefühlt?	Aktivitäten Wie viel habe ich mich bewegt?

Notizen

.....

.....

# Mein Ernährungs- und Bewegungstagebuch

Datum:

Name:



Uhrzeit Wann?	Speisen/Menge Was/Wie viel?	Getränke/Menge Was/Wie viel?	Anmerkungen/Situationen Wie habe ich mich gefühlt?	Aktivitäten Wie viel habe ich mich bewegt?

Notizen

.....

.....



# Mein Ernährungs- und Bewegungstagebuch

Datum:

Name:



Uhrzeit Wann?	Speisen/Menge Was/Wie viel?	Getränke/Menge Was/Wie viel?	Anmerkungen/Situationen Wie habe ich mich gefühlt?	Aktivitäten Wie viel habe ich mich bewegt?

Notizen

.....

.....

# Mein Ernährungs- und Bewegungstagebuch

Datum:

Name:



Uhrzeit Wann?	Speisen/Menge Was/Wie viel?	Getränke/Menge Was/Wie viel?	Anmerkungen/Situationen Wie habe ich mich gefühlt?	Aktivitäten Wie viel habe ich mich bewegt?

Notizen

.....

.....

# Mein Ernährungs- und Bewegungstagebuch

Datum:

Name:



Uhrzeit Wann?	Speisen/Menge Was/Wie viel?	Getränke/Menge Was/Wie viel?	Anmerkungen/Situationen Wie habe ich mich gefühlt?	Aktivitäten Wie viel habe ich mich bewegt?

Notizen

.....

.....

# Mein Ernährungs- und Bewegungstagebuch

Datum:

Name:



Uhrzeit Wann?	Speisen/Menge Was/Wie viel?	Getränke/Menge Was/Wie viel?	Anmerkungen/Situationen Wie habe ich mich gefühlt?	Aktivitäten Wie viel habe ich mich bewegt?

Notizen

.....

.....

# Mein Ernährungs- und Bewegungstagebuch

Datum:

Name:



Uhrzeit Wann?	Speisen/Menge Was/Wie viel?	Getränke/Menge Was/Wie viel?	Anmerkungen/Situationen Wie habe ich mich gefühlt?	Aktivitäten Wie viel habe ich mich bewegt?

Notizen

.....

.....