



Datum: _____

Essen

Was genau haben Sie gegessen

Wann

morgens

mittags

abends

Imbiß

Getränke

Was genau haben Sie getrunken

Wann

Medikamente

Name/Dosis

V oder S

Wann

_____ / _____

_____ / _____

_____ / _____

_____ / _____

Streß

Was Sie heute gestreßt hat

und wann

Bewegung

Angaben zu Sport/Bewegung

Dauer

Sonstiges

auch Tabakgenuß



Datum: _____

Stuhlgang

Stuhlbeschreibung und eventuelle Symptome

Uhrzeit

Anzahl Stuhlgänge am Tag _____

Anzahl Stuhlgänge in der Nacht _____

Schmerzen

Beschreibung

Beginn/Dauer

_____ / _____

_____ / _____

_____ / _____

_____ / _____

Beschwerden

Beschreibung

Beginn/Dauer

z. B. Blähungen

_____ / _____

Darmwind

_____ / _____

_____ / _____

_____ / _____

_____ / _____

_____ / _____

_____ / _____

Gefühlszustand

Beschreibung

Beschmutzung

Beschreibung des Stuhls/Menge/Probleme

Uhrzeit

(von Wäsche

mit Stuhl)

Zahl der benutzten Schutzunterwäsche _____

Nur für Frauen Angaben zum Menstruationszyklus

Ernährungstagebuch

**Ernährungsberatung Schaar
Elke Schaar
Ernährungsberaterin / DGE
Präventionsmanagerin / FH
Telefon: 0171-9992440
Email: info@eb-schaar.de**