

Das Ernährungs- und Bewegungstagebuch hilft dir, deine eigenen Gewohnheiten zu entdecken.

Nimm dir ein wenig Zeit und notiere 1 Woche (inkl. Wochenende) lang, was und wie viel du isst und trinkst. Sehr wichtig ist der Grund, warum du zu einem bestimmten Lebensmittel/ Getränk greifst. Wie fühlst du dich während und nach dem Essen/ Trinken? Mache dir auch zu deiner Bewegung und Entspannung Notizen.

Danach kannst du Bilanz ziehen. Wie sieht es mit deinem Gemüse- und Obstverzehr aus? Trinkst du ausreichend kalorienfreie Flüssigkeit? Isst du häufig nebenbei oder nimmst du deine Mahlzeiten bewusst ein? Was fällt dir schon leicht und was kannst du noch verändern?

- Vermerke auf dem Deckblatt deinen Namen und formuliere dein Ziel bzw. das Ernährungs-Thema, welches dich beschäftigt.
- Fülle täglich eine Seite aus und gib dabei den entsprechenden Tag an.
- Notiere dabei alles, was du isst und trinkst. Und dies nicht nur zu einer festen Mahlzeit, sondern ggf. auch nebenbei über den Tag verteilt.
- Trage am besten alles direkt nach dem Verzehr ein, so wird auch nichts vergessen.
- Beschreibe alles so genau wie möglich und gehe dabei z. B. auch auf den Fettgehalt von Milchprodukten ein.
- Falls du das Lebensmittel nicht abwiegen kannst, dann schätze die Menge so gut wie möglich ab (z. B. 1 Teelöffel, 1 Scheibe, 1 Handvoll).
- Gib auch immer die Art des Getränks (spritzig/ medium/ light) an.
- Notiere auch, wenn es Besonderheiten gab (z. B. Beschwerden nach dem Essen, Zeitdruck, Naschen im Auto, Medikamenteneinnahme).
- Mache Angaben zu deiner Bewegung. Hier zählt wirklich alles! Nicht nur sportliche Aktivitäten, sondern auch ein Spaziergang in der Mittagspause.

Tagebuch von _____

Mein Ziel/ Thema _____

Datum: _____

Arbeitstag/ Alltag

Wochenende/ freier Tag

Urlaub

Uhrzeit	Ort, Tätigkeit	Essen (Was genau? Wie viel?)	Getränke (Was? Wie viel?)	Beschwerden, Medikamente	Wichtige Informationen
1					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig

So habe ich mich heute bewegt und entspannt:

Datum: _____

Arbeitstag/ Alltag

Wochenende/ freier Tag

Urlaub

Uhrzeit	Ort, Tätigkeit	Essen (Was genau? Wie viel?)	Getränke (Was? Wie viel?)	Beschwerden, Medikamente	Wichtige Informationen
2					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig

So habe ich mich heute bewegt und entspannt:

Datum: _____

Arbeitstag/ Alltag

Wochenende/ freier Tag

Urlaub

Uhrzeit	Ort, Tätigkeit	Essen (Was genau? Wie viel?)	Getränke (Was? Wie viel?)	Beschwerden, Medikamente	Wichtige Informationen
3					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig

So habe ich mich heute bewegt und entspannt:

Datum: _____

Arbeitstag/ Alltag

Wochenende/ freier Tag

Urlaub

Uhrzeit	Ort, Tätigkeit	Essen (Was genau? Wie viel?)	Getränke (Was? Wie viel?)	Beschwerden, Medikamente	Wichtige Informationen
4					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig

So habe ich mich heute bewegt und entspannt:

Datum: _____

Arbeitstag/ Alltag

Wochenende/ freier Tag

Urlaub

Uhrzeit	Ort, Tätigkeit	Essen (Was genau? Wie viel?)	Getränke (Was? Wie viel?)	Beschwerden, Medikamente	Wichtige Informationen
5					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig

So habe ich mich heute bewegt und entspannt:

Datum: _____

Arbeitstag/ Alltag

Wochenende/ freier Tag

Urlaub

Uhrzeit	Ort, Tätigkeit	Essen (Was genau? Wie viel?)	Getränke (Was? Wie viel?)	Beschwerden, Medikamente	Wichtige Informationen
6					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig

So habe ich mich heute bewegt und entspannt:

Datum: _____

Arbeitstag/ Alltag

Wochenende/ freier Tag

Urlaub

Uhrzeit	Ort, Tätigkeit	Essen (Was genau? Wie viel?)	Getränke (Was? Wie viel?)	Beschwerden, Medikamente	Wichtige Informationen
7					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig
					<u>Warum habe ich gegessen:</u> <input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Appetit <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <u>Danach war ich:</u> <input type="checkbox"/> angenehm satt <input type="checkbox"/> übersättigt <input type="checkbox"/> hungrig

So habe ich mich heute bewegt und entspannt:
