

Ernährungstagebuch für _____ Geburtstag: _____

Bitte machen Sie grundsätzlich an den Tagen mit Symptomen Notizen zu Beschwerden, Stärke der Beschwerden und verabreichten Medikamenten.

Monat:						Essen & Getränke	Aktivität	Symptome und Bewertung
1	x = leichte Beschwerden xx = mittlere Beschwerden xxx = starke Beschwerden							
	morgens	vormittags	mittags	nachmittags	abends			
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Dauermedikation und Dosierung: _____

Christine Schöttgen
 Dr. med. Ulrike Schürmann
 Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin

Ernährungstagebuch für _____ Geburtstag: _____

Bitte machen Sie grundsätzlich an den Tagen mit Symptomen Notizen zu Beschwerden, Stärke der Beschwerden und verabreichten Medikamenten.

