

# ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

BEI UNVERTRÄGLICHKEITEN, INTOLERANZEN, MAGEN-UND DARMBESCHWERDEN



## Anleitung:

Bitte füllen Sie für 5 - 7 Tage das Ernährungsprotokoll möglichst genau aus.

Schreiben Sie alles auf, was Sie essen und trinken mit möglichen Beschwerden und der ungefähren Uhrzeit.

Ergänzend können Sie Besonderheiten, wie Stress, Krankheit, Streit, Gedanken, Medikamente nennen.



## Persönliche Daten:

Name:

Größe:

Gewicht:

Familienstatus/Wer lebt mit im Haushalt?

Wer kocht bei Ihnen?

Wie oft in der Woche gehen Sie einkaufen?

## Bespiel:

Uhrzeit	Menge	Was habe ich gegessen? (inkl. Zubereitung, Gewürze und Zubereitung) Was habe ich getrunken?	Äußere Einflüsse (Medikamente, Therapie, Umwelt, Stress, Emotionen, Essen außer Haus, Restaurant etc.):	Uhrzeit der Beschwerden (Bitte zeitversetzt zum Essen notieren)	Beschwerden: (Welche?)
8:00	1 Mehrkornbrötchen, 1 TL Butter, 2 Scheiben Käse, 3 Scheiben Gurke 200 ml Kaffee mit Milch und 2 TL Zucker		Stress, Konflikt mit Kollegen, unwohlsein	10:00 Uhr	Durchfall

# ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

BEI UNVERTRÄGLICHKEITEN, INTOLERANZEN, MAGEN-UND DARMBESCHWERDEN



Name:

Gewicht:

Arbeitstag: ☐ Ja ☐ Nein:

Datum:

Uhrzeit

Menge

Was habe ich gegessen?  
(inkl. Zubereitung, Gewürze und Zubereitung)  
Was habe ich getrunken?

Äußere Einflüsse  
(Medikamente, Therapie,  
Umwelt, Stress, Emotionen,  
Essen außer Haus, Restaurant  
etc.):

Uhrzeit der  
Beschwerden  
(Bitte zeitversetzt  
zum Essen notieren)

Beschwerden:  
(Welche?)




# ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

BEI UNVERTRÄGLICHKEITEN, INTOLERANZEN, MAGEN-UND DARMBESCHWERDEN



Name:

Gewicht:

Arbeitstag: ☐ Ja ☐ Nein:

Datum:

Uhrzeit

Menge

Was habe ich gegessen?  
(inkl. Zubereitung, Gewürze und Zubereitung)  
Was habe ich getrunken?

Äußere Einflüsse  
(Medikamente, Therapie,  
Umwelt, Stress, Emotionen,  
Essen außer Haus, Restaurant  
etc.):

Uhrzeit der  
Beschwerden  
(Bitte zeitversetzt  
zum Essen notieren)

Beschwerden:  
(Welche?)




# ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

BEI UNVERTRÄGLICHKEITEN, INTOLERANZEN, MAGEN-UND DARMBESCHWERDEN



Name:

Gewicht:

Arbeitstag: ☐ Ja ☐ Nein:

Datum:

Uhrzeit

Menge

Was habe ich gegessen?  
(inkl. Zubereitung, Gewürze und Zubereitung)  
Was habe ich getrunken?

Äußere Einflüsse  
(Medikamente, Therapie,  
Umwelt, Stress, Emotionen,  
Essen außer Haus, Restaurant  
etc.):

Uhrzeit der  
Beschwerden  
(Bitte zeitversetzt  
zum Essen notieren)

Beschwerden:  
(Welche?)




# ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

BEI UNVERTRÄGLICHKEITEN, INTOLERANZEN, MAGEN-UND DARMBESCHWERDEN



Name:

Gewicht:

Arbeitstag: ☐ Ja ☐ Nein:

Datum:

Uhrzeit

Menge

Was habe ich gegessen?  
(inkl. Zubereitung, Gewürze und Zubereitung)  
Was habe ich getrunken?

Äußere Einflüsse  
(Medikamente, Therapie,  
Umwelt, Stress, Emotionen,  
Essen außer Haus, Restaurant  
etc.):

Uhrzeit der  
Beschwerden  
(Bitte zeitversetzt  
zum Essen notieren)

Beschwerden:  
(Welche?)




# ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

BEI UNVERTRÄGLICHKEITEN, INTOLERANZEN, MAGEN-UND DARMBESCHWERDEN



Name:

Gewicht:

Arbeitstag: ☐ Ja ☐ Nein:

Datum:

Uhrzeit

Menge

Was habe ich gegessen?  
(inkl. Zubereitung, Gewürze und Zubereitung)  
Was habe ich getrunken?

Äußere Einflüsse  
(Medikamente, Therapie,  
Umwelt, Stress, Emotionen,  
Essen außer Haus, Restaurant  
etc.):

Uhrzeit der  
Beschwerden  
(Bitte zeitversetzt  
zum Essen notieren)

Beschwerden:  
(Welche?)




# ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

BEI UNVERTRÄGLICHKEITEN, INTOLERANZEN, MAGEN-UND DARMBESCHWERDEN



Name:

Gewicht:

Arbeitstag: ☐ Ja ☐ Nein:

Datum:

Uhrzeit

Menge

Was habe ich gegessen?  
(inkl. Zubereitung, Gewürze und Zubereitung)  
Was habe ich getrunken?

Äußere Einflüsse  
(Medikamente, Therapie,  
Umwelt, Stress, Emotionen,  
Essen außer Haus, Restaurant  
etc.):

Uhrzeit der  
Beschwerden  
(Bitte zeitversetzt  
zum Essen notieren)

Beschwerden:  
(Welche?)




# ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

BEI UNVERTRÄGLICHKEITEN, INTOLERANZEN, MAGEN-UND DARMBESCHWERDEN



Name:

Gewicht:

Arbeitstag: ☐ Ja ☐ Nein:

Datum:

Uhrzeit

Menge

Was habe ich gegessen?  
(inkl. Zubereitung, Gewürze und Zubereitung)  
Was habe ich getrunken?

Äußere Einflüsse  
(Medikamente, Therapie,  
Umwelt, Stress, Emotionen,  
Essen außer Haus, Restaurant  
etc.):

Uhrzeit der  
Beschwerden  
(Bitte zeitversetzt  
zum Essen notieren)

Beschwerden:  
(Welche?)






# BESCHWERDEPROTOKOLL

BEI UNVERTRÄGLICHKEITEN, INTOLERANZEN, MAGEN-UND DARMBESCHWERDEN

Name:

Datum:

**Beschwerden:**

**zu Beginn der Beratung:**

**am Ende der Beratung:**

Täglich mehrmals wöchentlich monatlich Intensität (0-10)    Täglich mehrmals wöchentlich monatlich Intensität (0-10)

Durchfall

Verstopfung

Blähungen/Winde

Aufgetriebener Bauch

Druck-, Völlegefühl

Übelkeit 0 \_\_\_\_\_  
(mit Erbrechen \_\_\_\_)

Kopfschmerzen

Müdigk., Abgeschlagenheit

Depressive Verstimmungen

Hauterscheinungen

Sonstiges: \_\_\_\_\_