



# Ernährungsprotokoll

Wohlfühlgewicht, Übergewicht, Adipositas

Name:

Gewicht:

Arbeitstag:  Ja  Nein:

Datum:

Uhrzeit

Hatte ich ein Hungergefühl?

Habe ich mir freie Wahl gelassen, was ich essen wollte?

Hatte ich einfach nur Appetit? Wenn ja: worauf?

Was habe ich gegessen und getrunken?

Wie und Wo habe ich gegessen?  
Bsp. Langsam/schnell? Im stehen/am Tisch?

Hat mich das Essen befriedigt oder nicht?

Wie fühle ich mich?  
Skala von 1-6

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>