





Ihr Ernährungssymptomtagebuch

So füllen Sie Ihr Ernährungssymptomtagebuch aus:













- Notieren Sie zu den Mahlzeiten so genau wie möglich, was Sie gegessen und getrunken haben. Vermeiden Sie Verallgemeinerungen z.B. Brot mit Wurst, sondern beschreiben Sie Ihre Mahlzeit präziser z.B. 2 Scheiben Roggenvollkornbrot mit Salami. Das hilft Ihnen und Ihrem / Ihrer Therapeut:in oder Ernährungsberater:in im Nachgang besser herauszufinden, wodurch Ihre Beschwerden möglicherweise verursacht werden.
- Kreuzen Sie Ihr Befinden mit etwas zeitlichem Abstand zur Mahlzeit an:
 -  Mir ging es gut, ich hatte keine Beschwerden
 -  Ich hatte leichte Beschwerden, die erträglich waren
 -  Ich hatte starke Beschwerden, die unerträglich waren und mich in meinem Alltag stark beeinträchtigt haben.
- Falls Sie Beschwerden hatten, notieren Sie welche Beschwerden z.B. Durchfall, Verstopfung, Bauchschmerzen, Übelkeit etc..
- Notieren Sie – auch ohne auftretende Beschwerden – die Beschaffenheit des Stuhles und die Anzahl der Stuhlgänge nach der Mahlzeit.
- Wann sind die Beschwerden aufgetreten, z.B. direkt nach der Mahlzeit, ca. 30 Min. später etc.?
- Falls Sie einen Hinweis / Ahnung haben, was die Beschwerden verursacht haben könnte, notieren Sie dies bitte. Falls nicht, lassen Sie dieses Feld frei.
- Im letzten Feld haben Sie Platz, Ihre Stimmung (gestresst, entspannt ...) oder besondere Ereignisse zu der Mahlzeit (z.B. Kantine, Geschäftsessen etc.) zu notieren.

Nach Ende der Dokumentation Ihrer Ernährung sollten Sie das Ergebnis mit Ihrem Therapeuten / Ihrer Therapeutin oder Ernährungsberater:in besprechen.












ACHTUNG: Ein langfristiger Verzicht auf bestimmte Lebensmittel kann zu einer einseitigen Ernährung führen und mit einer unzureichenden Versorgung an wichtigen Nährstoffen und Mineralien einhergehen. Nachdem Sie Lebensmittel identifiziert haben, die zu Verdauungsbeschwerden führen, sollten Sie nach einem geeigneten Ersatz für die fehlenden Nähr- und Mineralstoffe suchen.













Datum: _____
 .Woche

1. Tag	Frühstück	Mittagessen	Abendessen	Zwischenmahlzeiten
Was haben Sie gegessen bzw. getrunken?				
Wie war Ihr Befinden nach der Mahlzeit?	  	  	  	  
Hatten Sie Beschwerden? Wenn ja, welche?				
Anzahl und Beschaffenheit der Stuhlgänge nach der Mahlzeit	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig
Wann sind die Beschwerden aufgetreten?				
Was ist Ihrer Meinung nach der Auslöser für Ihre Beschwerden?				
Besondere Ereignisse / Stimmung				










Datum: _____
 .Woche

2. Tag	Frühstück	Mittagessen	Abendessen	Zwischenmahlzeiten
Was haben Sie gegessen bzw. getrunken?				
Wie war Ihr Befinden nach der Mahlzeit?	  	  	  	  
Hatten Sie Beschwerden? Wenn ja, welche?				
Anzahl und Beschaffenheit der Stuhlgänge nach der Mahlzeit	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig
Wann sind die Beschwerden aufgetreten?				
Was ist Ihrer Meinung nach der Auslöser für Ihre Beschwerden?				
Besondere Ereignisse / Stimmung				


Datum: _____
 .Woche

	Frühstück	Mittagessen	Abendessen	Zwischenmahlzeiten
Was haben Sie gegessen bzw. getrunken?				
Wie war Ihr Befinden nach der Mahlzeit?	  	  	  	  
Hatten Sie Beschwerden? Wenn ja, welche?				
Anzahl und Beschaffenheit der Stuhlgänge nach der Mahlzeit	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig
Wann sind die Beschwerden aufgetreten?				
Was ist Ihrer Meinung nach der Auslöser für Ihre Beschwerden?				
Besondere Ereignisse / Stimmung				













Datum: _____
 .Woche

	Frühstück	Mittagessen	Abendessen	Zwischenmahlzeiten
Was haben Sie gegessen bzw. getrunken?				
Wie war Ihr Befinden nach der Mahlzeit?	  	  	  	  
Hatten Sie Beschwerden? Wenn ja, welche?				
Anzahl und Beschaffenheit der Stuhlgänge nach der Mahlzeit	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig
Wann sind die Beschwerden aufgetreten?				
Was ist Ihrer Meinung nach der Auslöser für Ihre Beschwerden?				
Besondere Ereignisse / Stimmung				

Datum: _____
 .Woche

	Frühstück	Mittagessen	Abendessen	Zwischenmahlzeiten
Was haben Sie gegessen bzw. getrunken?				
Wie war Ihr Befinden nach der Mahlzeit?	  	  	  	  
Hatten Sie Beschwerden? Wenn ja, welche?				
Anzahl und Beschaffenheit der Stuhlgänge nach der Mahlzeit	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig
Wann sind die Beschwerden aufgetreten?				
Was ist Ihrer Meinung nach der Auslöser für Ihre Beschwerden?				
Besondere Ereignisse / Stimmung				

Datum: _____
 .Woche

	Frühstück	Mittagessen	Abendessen	Zwischenmahlzeiten
Was haben Sie gegessen bzw. getrunken?				
Wie war Ihr Befinden nach der Mahlzeit?	  	  	  	  
Hatten Sie Beschwerden? Wenn ja, welche?				
Anzahl und Beschaffenheit der Stuhlgänge nach der Mahlzeit	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal <input type="radio"/> hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig
Wann sind die Beschwerden aufgetreten?				
Was ist Ihrer Meinung nach der Auslöser für Ihre Beschwerden?				
Besondere Ereignisse / Stimmung				

Datum: _____
 _____ . Woche

7. Tag	Frühstück	Mittagessen	Abendessen	Zwischenmahlzeiten
Was haben Sie gegessen bzw. getrunken?				
Wie war Ihr Befinden nach der Mahlzeit?	😊 ☹️	😊 ☹️	😊 ☹️	😊 ☹️
Hatten Sie Beschwerden? Wenn ja, welche?				
Anzahl und Beschaffenheit der Stuhlgänge nach der Mahlzeit	○ -mal ○ hart ○ normal ○ flüssig	○ -mal ○ hart ○ normal ○ flüssig	○ -mal ○ hart ○ normal ○ flüssig	○ -mal ○ hart ○ normal ○ flüssig
Wann sind die Beschwerden aufgetreten?				
Was ist Ihrer Meinung nach der Auslöser für Ihre Beschwerden?				
Besondere Ereignisse / Stimmung				

Auswertung
Was vertrage ich gut?
Was vertrage ich nicht gut?
Was hat mich belastet?
Was kann ich verbessern?

Datum: _____
 .Woche

1. Tag	Frühstück	Mittagessen	Abendessen	Zwischenmahlzeiten
Was haben Sie gegessen bzw. getrunken?				
Wie war Ihr Befinden nach der Mahlzeit?				
Hatten Sie Beschwerden? Wenn ja, welche?				
Anzahl und Beschaffenheit der Stuhlgänge nach der Mahlzeit	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig
Wann sind die Beschwerden aufgetreten?				
Was ist Ihrer Meinung nach der Auslöser für Ihre Beschwerden?				
Besondere Ereignisse / Stimmung				

Datum: _____
 .Woche

2. Tag	Frühstück	Mittagessen	Abendessen	Zwischenmahlzeiten
Was haben Sie gegessen bzw. getrunken?				
Wie war Ihr Befinden nach der Mahlzeit?				
Hatten Sie Beschwerden? Wenn ja, welche?				
Anzahl und Beschaffenheit der Stuhlgänge nach der Mahlzeit	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig
Wann sind die Beschwerden aufgetreten?				
Was ist Ihrer Meinung nach der Auslöser für Ihre Beschwerden?				
Besondere Ereignisse / Stimmung				

Datum: _____
 .Woche

	Frühstück	Mittagessen	Abendessen	Zwischenmahlzeiten
Was haben Sie gegessen bzw. getrunken?				
Wie war Ihr Befinden nach der Mahlzeit?				
Hatten Sie Beschwerden? Wenn ja, welche?				
Anzahl und Beschaffenheit der Stuhlgänge nach der Mahlzeit	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig
Wann sind die Beschwerden aufgetreten?				
Was ist Ihrer Meinung nach der Auslöser für Ihre Beschwerden?				
Besondere Ereignisse / Stimmung				

Datum: _____
 .Woche

	Frühstück	Mittagessen	Abendessen	Zwischenmahlzeiten
Was haben Sie gegessen bzw. getrunken?				
Wie war Ihr Befinden nach der Mahlzeit?				
Hatten Sie Beschwerden? Wenn ja, welche?				
Anzahl und Beschaffenheit der Stuhlgänge nach der Mahlzeit	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig
Wann sind die Beschwerden aufgetreten?				
Was ist Ihrer Meinung nach der Auslöser für Ihre Beschwerden?				
Besondere Ereignisse / Stimmung				

Datum: _____
 .Woche

	Frühstück	Mittagessen	Abendessen	Zwischenmahlzeiten
Was haben Sie gegessen bzw. getrunken?				
Wie war Ihr Befinden nach der Mahlzeit?				
Hatten Sie Beschwerden? Wenn ja, welche?				
Anzahl und Beschaffenheit der Stuhlgänge nach der Mahlzeit	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig
Wann sind die Beschwerden aufgetreten?				
Was ist Ihrer Meinung nach der Auslöser für Ihre Beschwerden?				
Besondere Ereignisse / Stimmung				

Datum: _____
 .Woche

	Frühstück	Mittagessen	Abendessen	Zwischenmahlzeiten
Was haben Sie gegessen bzw. getrunken?				
Wie war Ihr Befinden nach der Mahlzeit?				
Hatten Sie Beschwerden? Wenn ja, welche?				
Anzahl und Beschaffenheit der Stuhlgänge nach der Mahlzeit	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig	<input type="radio"/> -mal hart <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> flüssig
Wann sind die Beschwerden aufgetreten?				
Was ist Ihrer Meinung nach der Auslöser für Ihre Beschwerden?				
Besondere Ereignisse / Stimmung				

Datum: _____
 _____ . Woche

7. Tag	Frühstück	Mittagessen	Abendessen	Zwischenmahlzeiten
Was haben Sie gegessen bzw. getrunken?				
Wie war Ihr Befinden nach der Mahlzeit?	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞	😊 😐 😞
Hatten Sie Beschwerden? Wenn ja, welche?				
Anzahl und Beschaffenheit der Stuhlgänge nach der Mahlzeit	___-mal ○ hart ○ normal ○ flüssig	___-mal ○ hart ○ normal ○ flüssig	___-mal ○ hart ○ normal ○ flüssig	___-mal ○ hart ○ normal ○ flüssig
Wann sind die Beschwerden aufgetreten?				
Was ist Ihrer Meinung nach der Auslöser für Ihre Beschwerden?				
Besondere Ereignisse / Stimmung				

Auswertung
Was vertrage ich gut?
Was vertrage ich nicht gut?
Was hat mich belastet?
Was kann ich verbessern?