

MEIN ERNÄHRUNGSTAGEBUCH



Name: _____ Datum: _____ Wochentag: _____

MAHLZEITEN	LEBENSMITTELAUSWAHL	GETRÄNKE	WARUM?	WIE?	DANACH...	NOTIZEN
Frühstück Uhrzeit:			<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> In Gesellschaft <input type="checkbox"/> Alleine <input type="checkbox"/> Vor dem TV <input type="checkbox"/> Außer-Haus <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Satt <input type="checkbox"/> Zufrieden <input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Unzufrieden <input type="checkbox"/> _____	
Zwischendurch Uhrzeit:			<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> In Gesellschaft <input type="checkbox"/> Alleine <input type="checkbox"/> Vor dem TV <input type="checkbox"/> Außer-Haus <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Satt <input type="checkbox"/> Zufrieden <input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Unzufrieden <input type="checkbox"/> _____	
Mittagessen Uhrzeit:			<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> In Gesellschaft <input type="checkbox"/> Alleine <input type="checkbox"/> Vor dem TV <input type="checkbox"/> Außer-Haus <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Satt <input type="checkbox"/> Zufrieden <input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Unzufrieden <input type="checkbox"/> _____	
Zwischendurch Uhrzeit:			<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> In Gesellschaft <input type="checkbox"/> Alleine <input type="checkbox"/> Vor dem TV <input type="checkbox"/> Außer-Haus <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Satt <input type="checkbox"/> Zufrieden <input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Unzufrieden <input type="checkbox"/> _____	
Abendessen Uhrzeit:			<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> In Gesellschaft <input type="checkbox"/> Alleine <input type="checkbox"/> Vor dem TV <input type="checkbox"/> Außer-Haus <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Satt <input type="checkbox"/> Zufrieden <input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Unzufrieden <input type="checkbox"/> _____	
Spätmahlzeit Uhrzeit:			<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> In Gesellschaft <input type="checkbox"/> Alleine <input type="checkbox"/> Vor dem TV <input type="checkbox"/> Außer-Haus <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Satt <input type="checkbox"/> Zufrieden <input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Unzufrieden <input type="checkbox"/> _____	