



Name: _____

Aufzeichnung vom _____ bis _____

		MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	
Nahrungsmittel	Obst																						
	Gemüse																						
	Milch																						
	Käse, Quark, Joghurt																						
	Fleisch																						
	Andere																						
Genussmittel	Alkohol																						
	Nikotin																						
	Kaffee																						
Umstände	Schlafmangel																						
	Freude																						
	Ärger																						
	Zeitdruck																						
	Arztbesuch																						
	Andere																						
Symptome	Schmerz																						
	Blähung																						
	Durchfall																						
	Verstopfung																						
	Andere																						