

Name \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Ernährungstagebuch

Uhrzeit	Nahrungsmittel / Speisen  (Beschreibung - auch die Kochmethode - z.B. gegrillt, gebraten, in Rahmsauce, etc.)	Menge	Getränke  (Was, wieviel)	Verträglichkeit  Wie habe ich mich nach dem Essen gefühlt? Konnte ich schlafen? Bauchschmerzen? Ausschlag? Etc.



TCM-Gesundheitspraxis Dr.<sup>phil.</sup> Barbara „Bärbl“ Lechner, MSc  
 Brunner Straße 19, 2700 Wiener Neustadt  
 +43 664 4821938, praxis@baerbl-lechner.at, www.baerbl-lechner.at

Name \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Ernährungstagebuch

Uhrzeit	Nahrungsmittel / Speisen  (Beschreibung - auch die Kochmethode - z.B. gegrillt, gebraten, in Rahmsauce, etc.)	Menge	Getränke  (Was, wieviel)	Verträglichkeit  Wie habe ich mich nach dem Essen gefühlt? Konnte ich schlafen? Bauchschmerzen? Ausschlag? Etc.



TCM-Gesundheitspraxis Dr.<sup>phil.</sup> Barbara „Bärbl“ Lechner, MSc  
 Brunner Straße 19, 2700 Wiener Neustadt  
 +43 664 4821938, praxis@baerbl-lechner.at, www.baerbl-lechner.at