

TAG 1

MAHLZEIT	NAHRUNGSMITTEL & GETRÄNKE	ESSMOTIV
FRÜHSTÜCK		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	
ZWISCHEN-MAHLZEIT		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	
MITTAGESSEN		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	
ZWISCHEN-MAHLZEIT		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	
ABENDESSEN		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	
SNACK		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	

SPORTART	DAUER	KONSUM BEIM SPORT	BELASTUNG
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch

WIE HABE ICH MICH HEUTE GEFÜHLT?

<input type="checkbox"/> Völle / Druckgefühl	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Müde	<input type="checkbox"/> Antriebslos	<input type="checkbox"/> Traurig	<input type="checkbox"/> Glücklich	<input type="checkbox"/> Motiviert

TAG 2

MAHLZEIT	NAHRUNGSMITTEL & GETRÄNKE	ESSMOTIV
FRÜHSTÜCK		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
ZWISCHEN-MAHLZEIT		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
MITTAGESSEN		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
ZWISCHEN-MAHLZEIT		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
ABENDESSEN		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
SNACK		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____

SPORTART	DAUER	KONSUM BEIM SPORT	BELASTUNG
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch

WIE HABE ICH MICH HEUTE GEFÜHLT?

<input type="checkbox"/> Völle / Druckgefühl	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Müde	<input type="checkbox"/> Antriebslos	<input type="checkbox"/> Traurig	<input type="checkbox"/> Glücklich	<input type="checkbox"/> Motiviert

TAG 3

MAHLZEIT	NAHRUNGSMITTEL & GETRÄNKE	ESSMOTIV
FRÜHSTÜCK		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
ZWISCHEN-MAHLZEIT		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
MITTAGESSEN		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
ZWISCHEN-MAHLZEIT		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
ABENDESSEN		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
SNACK		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____

SPORTART	DAUER	KONSUM BEIM SPORT	BELASTUNG
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch

WIE HABE ICH MICH HEUTE GEFÜHLT?

<input type="checkbox"/> Völle / Druckgefühl	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Müde	<input type="checkbox"/> Antriebslos	<input type="checkbox"/> Traurig	<input type="checkbox"/> Glücklich	<input type="checkbox"/> Motiviert

TAG 4

MAHLZEIT	NAHRUNGSMITTEL & GETRÄNKE	ESSMOTIV
FRÜHSTÜCK		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
ZWISCHEN-MAHLZEIT		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
MITTAGESSEN		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
ZWISCHEN-MAHLZEIT		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
ABENDESSEN		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
SNACK		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____

SPORTART	DAUER	KONSUM BEIM SPORT	BELASTUNG
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch

WIE HABE ICH MICH HEUTE GEFÜHLT?

<input type="checkbox"/> Völle / Druckgefühl	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Müde	<input type="checkbox"/> Antriebslos	<input type="checkbox"/> Traurig	<input type="checkbox"/> Glücklich	<input type="checkbox"/> Motiviert

TAG 5

MAHLZEIT	NAHRUNGSMITTEL & GETRÄNKE	ESSMOTIV
FRÜHSTÜCK		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
ZWISCHEN-MAHLZEIT		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
MITTAGESSEN		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
ZWISCHEN-MAHLZEIT		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
ABENDESSEN		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
SNACK		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____

SPORTART	DAUER	KONSUM BEIM SPORT	BELASTUNG
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch

WIE HABE ICH MICH HEUTE GEFÜHLT?

<input type="checkbox"/> Völle / Druckgefühl	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Müde	<input type="checkbox"/> Antriebslos	<input type="checkbox"/> Traurig	<input type="checkbox"/> Glücklich	<input type="checkbox"/> Motiviert

TAG 6

MAHLZEIT	NAHRUNGSMITTEL & GETRÄNKE	ESSMOTIV
FRÜHSTÜCK		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
ZWISCHEN-MAHLZEIT		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
MITTAGESSEN		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
ZWISCHEN-MAHLZEIT		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
ABENDESSEN		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
SNACK		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____

SPORTART	DAUER	KONSUM BEIM SPORT	BELASTUNG
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch

WIE HABE ICH MICH HEUTE GEFÜHLT?

<input type="checkbox"/> Völle / Druckgefühl	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Müde	<input type="checkbox"/> Antriebslos	<input type="checkbox"/> Traurig	<input type="checkbox"/> Glücklich	<input type="checkbox"/> Motiviert

TAG 7

MAHLZEIT	NAHRUNGSMITTEL & GETRÄNKE	ESSMOTIV
FRÜHSTÜCK		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
ZWISCHEN-MAHLZEIT		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
MITTAGESSEN		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
ZWISCHEN-MAHLZEIT		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
ABENDESSEN		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____
SNACK		<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Uhrzeit:	_____	_____

SPORTART	DAUER	KONSUM BEIM SPORT	BELASTUNG
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch

WIE HABE ICH MICH HEUTE GEFÜHLT?

<input type="checkbox"/> Völle / Druckgefühl	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Müde	<input type="checkbox"/> Antriebslos	<input type="checkbox"/> Traurig	<input type="checkbox"/> Glücklich	<input type="checkbox"/> Motiviert