

Wochentag, Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit, Ort	Lebensmittel / Getränke <sup>1</sup>	Unverträglichkeitssymptome <sup>2</sup>	Besonderheiten des Tages <sup>3</sup>

<b>Getränke-Portionen je ca. 250 ml</b> (Bitte Anzahl der Gläser ankreuzen)			
<b>Stuhlgang</b> (Bitte ankreuzen)	Hart 	Weich 	Flüssig 
<b>So war mein Tag</b> (Bitte ankreuzen)			

1) Mit Mengenangaben  
 2) Z.B. Hautreaktionen, Reaktionen im Mundraum/in Atemwegen, Bauchschmerzen, Blähungen, Übelkeit, Durchfall, Erbrechen, Sodbrennen  
 3) Z.B. Stress oder Sport