

Mein Ernährungs- und Symptomtagebuch

Name

Zeitraum

www.dge.de

Ihr Ernährungs- und Symptomtagebuch – Hinweise zum Ausfüllen

Ein Ernährungs- und Symptomtagebuch hilft Ihnen, einen Überblick über Ihre aktuelle Ernährung zu verschaffen, Gewohnheiten zu erkennen und Zusammenhänge zwischen Ernährung und Symptomen zu erkennen.

Nehmen Sie sich die Zeit und notieren Sie über mindestens eine Woche, was und wie viel Sie essen und trinken und dokumentieren Sie, ob und wenn ja, welche Beschwerden auftraten und zu welcher Uhrzeit. Dokumentieren sie auch eingenommene Medikamente, den Stuhlgang, Aktivitäten und weiteres wie z. B. sportliche Aktivität und skalieren Sie Ihren Stresslevel.

Bei der Auswertung kann Ihnen eine Ernährungsfachkraft helfen.
Adressen von qualifizierten Ernährungsfachkräften finden Sie unter „Service“ auf der Website www.dge.de/beratung.

So führen Sie das Tagebuch:

- Notieren Sie auf dem Deckblatt Ihren Namen und den Zeitraum, in dem Sie das Ernährungs- und Symptomtagebuch ausfüllen.
- Füllen Sie täglich ein Blatt aus. Sollten Sie mehr Platz benötigen, nutzen Sie ein weiteres Blatt oder die Rückseite.
- Notieren Sie alles, was Sie essen und trinken – während einer Mahlzeit und auch nebenbei, idealerweise direkt nach dem Verzehr.
- Beschreiben Sie alles so genau wie möglich. Geben Sie z. B. auch Fettgehalte von Milchprodukten an.

Beispiel:

Uhrzeit Wann?	**Speisen/Menge** Was?/Wie viel?	**Getränke/Menge** Was?/Wie viel?	**Beschwerden/Symptome** Welche? Wie schwer? (0=keine, 10=sehr stark)	**Anmerkung/Sonstiges** (z. B. Medikamente, persönliche Angaben)
7:00 Uhr	2 Scheiben Vollkornbrot, 2 Tl Butter, 1 Tl Konfitüre, 1 Scheibe Gouda 45 % F.i.Tr.	1 Becher Buttermilch (200ml), 1 Tasse Kaffee (125 ml), 4 Tl Milch	Bauchgeräusche, Bauchschmerzen (8), Durchfall	in Eile, zu Hause
10:30 Uhr	2 große Möhren (150 g), 1 Kaugummi	1 Glas Mineralwasser (250 ml)	Keine	im Büro nebenbei gegessen
13:30 Uhr	1 Wiener Schnitzel (2 Handtellergroß), paniert und frittiert, 2 Schöpfkellen Kartoffelsalat	2 Gläser Mineralwasser (500 ml)	unangenehmes Bauchgefühl gehabt (6)	hektisch gegessen, wegen Besprechungstermin, Kantine

STUHLGANG

Notieren Sie bitte hier, ob Sie Stuhlgang hatten und welche Konsistenz er hatte.

1	2	X	4	5	6	7	1 x
fest						flüssig	Mal am Tag

AKTIVITÄTEN

Bitte notieren Sie hier jede Form der körperlichen Bewegung:

Alltägliche Bewegung

60 Minuten

Sportliche Aktivität

25 Minuten

STRESSLEVEL

Halten Sie hier das Stresslevel des Tages fest.

				X		
niedrig						hoch

- Fehlen Ihnen Gewichtsangaben oder können Sie das Lebensmittel nicht abwiegen, dann schätzen Sie die Menge so gut wie möglich, z. B. 1 Teelöffel, 1 Scheibe, 1 Handteller groß.
- Geben Sie bei den Getränken auch die Art an, z. B. Mineralwasser, Leitungswasser, schwarzer Tee, Fruchtsaft.
- Notieren Sie, wenn Sie Beschwerden nach dem Essen hatten, z. B. Bauchschmerzen, Durchfall, Völlegefühl, Kopfschmerzen, Blähungen, Übelkeit, Sodbrennen, Hautausschlag, Erbrechen, und geben Sie die Stärke Ihrer Symptome an (0 = keine, 10 = sehr stark). Nutzen Sie dazu die Spalte **Beschwerden/Symptome**.
- Unter **Anmerkungen/Sonstiges** können Sie alles aufschreiben, was Ihnen wichtig erscheint. An dieser Stelle ist auch Platz für spezielle Angaben, z. B. Arbeitstag oder Wochenende, Urlaubstag, wann Sie aufgestanden und schlafen gegangen sind oder wie Sie sich an diesem Tag gefühlt haben. Auch die Einnahme von Medikamenten und Nahrungsergänzungsmitteln können Sie hier notieren.
- In der Spalte **Aktivitäten** können Sie Angaben zu Ihrer Bewegung machen. Hier zählt alles! Von **alltäglicher Bewegung**, wie der Gang zum Supermarkt oder die Benutzung der Treppe statt des Auszugs bis hin zu **sportlichen Aktivitäten**, wie Jogging, Nordic Walking, Ballsportarten oder Fitness Studio.
- In der Skala **Stresslevel** notieren Sie Ihre persönliche Einschätzung Ihrer Anspannung über den Tag von niedrig bis hoch.
- Unter **Stuhlgang** tragen Sie ein, wie häufig Sie Stuhlgang hatten. Untenstehende Skala kann bei der Beurteilung Ihres Stuhles als Hilfe dienen:

Bristol-Skala



Bildnachweis: Adobe Stock@舜平 邱

1: Einzelne, feste Kügelchen, schwer auszuscheiden
2: Wurstartig, klumpig
3: Wurstartig mit rissiger Oberfläche
4: Wurstartig mit glatter Oberfläche
5: Einzelne weiche, glattrandige Klümpchen, leicht auszuscheiden
6: Einzelne weiche Klümpchen mit unregelmäßigem Rand
7: Flüssig, ohne feste Bestandteile

Herausgeberin:
Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE), Godesberger Allee 136, 53175 Bonn

© DGE; 1. Auflage 2024, Artikelnummer 121549

MEIN ERNÄHRUNGS- UND SYMPTOMTAGEBUCH

Name: _____ Datum: _____

Deutsche Gesellschaft
für Ernährung e.V.

Uhrzeit Wann?	**Speisen/Menge** Was?/Wie viel?	**Getränke/Menge** Was?/Wie viel?	**Beschwerden/Symptome** Welche? Wie schwer? (0=keine, 10=sehr stark)	**Anmerkung/Sonstiges** (z. B. Medikamente, persönliche Angaben)

STUHLGANG

Notieren Sie hier, ob Sie Stuhlgang hatten
und welche Konsistenz er hatte.

1	2	3	4	5	6	7	x

fest flüssig -mal am Tag

AKTIVITÄTEN

Notieren Sie hier jede Form der körperlichen Bewegung:

Alltägliche Bewegung

_____ Minuten

Sportliche Aktivität

_____ Minuten

STRESSLEVEL

Halten Sie hier das Stresslevel
des Tages fest.



niedrig hoch

MEIN ERNÄHRUNGS- UND SYMPTOMTAGEBUCH

Deutsche Gesellschaft
für Ernährung e.V.

Name: _____ Datum: _____

Uhrzeit Wann?	**Speisen/Menge** Was?/Wie viel?	**Getränke/Menge** Was?/Wie viel?	**Beschwerden/Symptome** Welche? Wie schwer? (0=keine, 10=sehr stark)	**Anmerkung/Sonstiges** (z. B. Medikamente, persönliche Angaben)

STUHLGANG

Notieren Sie hier, ob Sie Stuhlgang hatten
und welche Konsistenz er hatte.

1	2	3	4	5	6	7	x

fest — flüssig — -mal am Tag

AKTIVITÄTEN

Notieren Sie hier jede Form der körperlichen Bewegung:

Alltägliche Bewegung

_____ Minuten

Sportliche Aktivität

_____ Minuten

STRESSLEVEL

Halten Sie hier das Stresslevel
des Tages fest.

niedrig — hoch

MEIN ERNÄHRUNGS- UND SYMPTOMTAGEBUCH

Name: _____ Datum: _____

Deutsche Gesellschaft
für Ernährung e.V.

Uhrzeit Wann?	**Speisen/Menge** Was?/Wie viel?	**Getränke/Menge** Was?/Wie viel?	**Beschwerden/Symptome** Welche? Wie schwer? (0=keine, 10=sehr stark)	**Anmerkung/Sonstiges** (z. B. Medikamente, persönliche Angaben)

STUHLGANG

Notieren Sie hier, ob Sie Stuhlgang hatten
und welche Konsistenz er hatte.

1	2	3	4	5	6	7	x

fest flüssig -mal am Tag

AKTIVITÄTEN

Notieren Sie hier jede Form der körperlichen Bewegung:

Alltägliche Bewegung

_____ Minuten

Sportliche Aktivität

_____ Minuten

STRESSLEVEL

Halten Sie hier das Stresslevel
des Tages fest.



niedrig hoch

MEIN ERNÄHRUNGS- UND SYMPTOMTAGEBUCH

Name: _____ Datum: _____

Deutsche Gesellschaft
für Ernährung e.V.

Uhrzeit Wann?	**Speisen/Menge** Was?/Wie viel?	**Getränke/Menge** Was?/Wie viel?	**Beschwerden/Symptome** Welche? Wie schwer? (0=keine, 10=sehr stark)	**Anmerkung/Sonstiges** (z. B. Medikamente, persönliche Angaben)

STUHLGANG

Notieren Sie hier, ob Sie Stuhlgang hatten
und welche Konsistenz er hatte.

1	2	3	4	5	6	7	x

fest flüssig -mal am Tag

AKTIVITÄTEN

Notieren Sie hier jede Form der körperlichen Bewegung:

Alltägliche Bewegung

_____ Minuten

Sportliche Aktivität

_____ Minuten

STRESSLEVEL

Halten Sie hier das Stresslevel
des Tages fest.



niedrig hoch

MEIN ERNÄHRUNGS- UND SYMPTOMTAGEBUCH

Name: _____ Datum: _____

Deutsche Gesellschaft
für Ernährung e.V.

Uhrzeit Wann?	**Speisen/Menge** Was?/Wie viel?	**Getränke/Menge** Was?/Wie viel?	**Beschwerden/Symptome** Welche? Wie schwer? (0=keine, 10=sehr stark)	**Anmerkung/Sonstiges** (z. B. Medikamente, persönliche Angaben)

STUHLGANG

Notieren Sie hier, ob Sie Stuhlgang hatten
und welche Konsistenz er hatte.

1	2	3	4	5	6	7	x

fest flüssig -mal am Tag

AKTIVITÄTEN

Notieren Sie hier jede Form der körperlichen Bewegung:

Alltägliche Bewegung

_____ Minuten

Sportliche Aktivität

_____ Minuten

STRESSLEVEL

Halten Sie hier das Stresslevel
des Tages fest.



niedrig hoch

MEIN ERNÄHRUNGS- UND SYMPTOMTAGEBUCH

Name: _____ Datum: _____

Deutsche Gesellschaft
für Ernährung e.V.

Uhrzeit Wann?	**Speisen/Menge** Was?/Wie viel?	**Getränke/Menge** Was?/Wie viel?	**Beschwerden/Symptome** Welche? Wie schwer? (0=keine, 10=sehr stark)	**Anmerkung/Sonstiges** (z. B. Medikamente, persönliche Angaben)

STUHLGANG

Notieren Sie hier, ob Sie Stuhlgang hatten
und welche Konsistenz er hatte.

1	2	3	4	5	6	7	x

fest flüssig -mal am Tag

AKTIVITÄTEN

Notieren Sie hier jede Form der körperlichen Bewegung:

Alltägliche Bewegung

_____ Minuten

Sportliche Aktivität

_____ Minuten

STRESSLEVEL

Halten Sie hier das Stresslevel
des Tages fest.



niedrig hoch

MEIN ERNÄHRUNGS- UND SYMPTOMTAGEBUCH

Name: _____ Datum: _____

Deutsche Gesellschaft
für Ernährung e.V.

Uhrzeit Wann?	**Speisen/Menge** Was?/Wie viel?	**Getränke/Menge** Was?/Wie viel?	**Beschwerden/Symptome** Welche? Wie schwer? (0=keine, 10=sehr stark)	**Anmerkung/Sonstiges** (z. B. Medikamente, persönliche Angaben)

STUHLGANG

Notieren Sie hier, ob Sie Stuhlgang hatten
und welche Konsistenz er hatte.

1	2	3	4	5	6	7	x

fest flüssig -mal am Tag

AKTIVITÄTEN

Notieren Sie hier jede Form der körperlichen Bewegung:

Alltägliche Bewegung

_____ Minuten

Sportliche Aktivität

_____ Minuten

STRESSLEVEL

Halten Sie hier das Stresslevel
des Tages fest.



niedrig hoch