

Datum / Tag

| Uhrzeit: (Wann habe ich gegessen oder getrunken?) | Speise oder Getränke: (Was habe ich gegessen oder getrunken?) | Menge: (Wie viel habe ich davon gegessen oder getrunken?) | Beschwerden: (Welche Probleme traten in welcher Intensität auf?) | Intensität der Beschwerden: (gering, mittel, stark oder sehr stark) | Weitere Notizen: |
|---|---|---|--|---|-------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |