

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: