Essprotokoll

Name: _____

Datum: ○ Arbeitstag ○ arbeitsfrei

Schlafdauer (in Stunden): **Schlafqualität** (Skala 1–10; 1 = sehr schlecht, 10 = sehr gut):

Mahlzeit		Situation	Menge und Art der Lebensmittel und Getränke	Bemerkenswertes	Stress	Aktivitäten
Welche? (Frühstück, Zwischen-, Mittags-, Abend- oder Spätmahlzeit)	Uhrzeit? Dauer?	Wo? Mit wem? Anlass?	Wieviel von was haben Sie gegessen und getrunken?	Hunger? Satt? Bauchgefühl? Geschmack? Gedanken?	Skala 1–10 (1= niedrig, 10 = hoch)	Wann? Was? Wie lang?