

Nachweis über Diätlebenslauf (möglichst chronologisch)

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle: ja nein

Im Zeitraum von: _____ bis _____

Belege: ja nein

Ausgangsgewicht: _____ kg

Bewegung in dieser Zeit: ja nein

Gewichtsverlust: _____ kg

Endgewicht: _____ kg

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle: ja nein

Im Zeitraum von: _____ bis _____

Belege: ja nein

Ausgangsgewicht: _____ kg

Bewegung in dieser Zeit: ja nein

Gewichtsverlust: _____ kg

Endgewicht: _____ kg

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle: ja nein

Im Zeitraum von: _____ bis _____

Belege: ja nein

Ausgangsgewicht: _____ kg

Bewegung in dieser Zeit: ja nein

Gewichtsverlust: _____ kg

Endgewicht: _____ kg

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle: ja nein

Im Zeitraum von: _____ bis _____

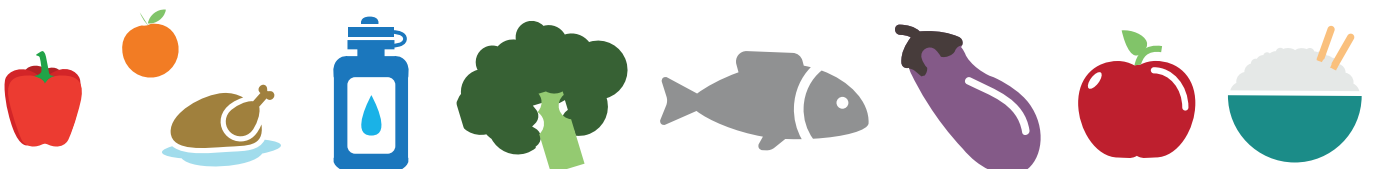
Belege: ja nein

Ausgangsgewicht: _____ kg

Bewegung in dieser Zeit: ja nein

Gewichtsverlust: _____ kg

Endgewicht: _____ kg



Ernährungstagebuch

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit Name: _____

Tageszeit/ Ort	Lebensmittel	Menge (z.B. ml, g, etc.)	Aus- gangs- gewicht	Wie fühlen Sie sich? 😊 😐 😞	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1 - 5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)
Frühstück						
Zwischen- mahlzeit						
Mittagessen						
Zwischen- mahlzeit						
Abendessen						

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit Name: _____

Tageszeit/ Ort	Lebensmittel	Menge (z.B. ml, g, etc.)	Aus- gangs- gewicht	Wie fühlen Sie sich? 😊 😐 😞	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1 - 5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)
Frühstück						
Zwischen- mahlzeit						
Mittagessen						
Zwischen- mahlzeit						
Abendessen						

