



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Ernährungsstagebuch

Universitäres Adipositas-Centrum



Dieses Tagebuch gehört:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Hauptursache für Übergewicht liegt in unserem Energiehaushalt. Eine unausgewogene Ernährung, fettreiche Fast Food-Snacks, zu üppige Portionen und stark gesüßte Erfrischungsgetränke wirken sich negativ auf unseren Energiehaushalt aus: Es werden deutlich mehr Kalorien zugeführt als der Körper im Alltag benötigt. Erschwerend kommt hinzu, dass die körperliche Bewegung in den Berufen und oft auch im privaten Bereich deutlich zurückgeht.

Eine viel zu energiereiche Ernährung steht einem hierfür zu geringen Energiebedarf gegenüber. Wird dieses Zuviel an Energie nicht durch Bewegung genutzt, legt der Körper die ungenutzte Energie als Reserven in Fett an.

Um Gesundheitsrisiken zu senken und eine nachhaltige Gewichtsreduktion zu schaffen, wurde ein multimodales Konzept aus Ernährungstherapie, Bewegungstherapie und psychosomatischer Mitbehandlung (Verhalten) entwickelt – für einen Weg aus der Adipositas.

Dieser ganzheitliche Ansatz bedarf einer engen Zusammenarbeit zwischen Ernährungsmedizinern, Psychologen, Ernährungs- und Bewegungstherapeuten – und der Mitwirkung des Patienten. Die drei Bestandteile des Konzepts beinhalten Ernährung, Bewegung und Verhalten.

Das Programm dauert etwa ein Jahr. Es richtet sich nach den anerkannten Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft sowie der medizinischen Fachgesellschaften und der Krankenkassen.

Drei Bestandteile des Therapiekonzepts: **Ernährung** – Bewegung – Psychosomatik

Warum muss ich ein Ernährungstagebuch führen?

Übergewicht entsteht, wenn die Energiezufuhr größer ist als der Energieverbrauch des Körpers. Ihr Ernährungstagebuch bietet Ihnen, Ihren behandelnden Ärzten und auch Ihrer Therapeuten einen Überblick darüber, in wieweit Sie sich mit dem Thema der Gewichtsreduktion beschäftigt haben. Was jedoch viel wichtiger ist: Es zeigt, wie erfolgreich bzw. erfolglos alle bisherigen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion waren.

Das Führen eines Ernährungstagebuchs ist Teil des multimodalen Konzepts, das aus den drei Bestandteilen Ernährung, Bewegung und Verhalten besteht.

Es sollte Ihnen bewusst sein, dass diese Maßnahmen eine Vorbereitung für die Zeit vor und nach der Operation darstellen. Für einen dauerhaften Erfolg ist es wichtig, dass Sie sowohl die bewusste Ernährung als auch die Bewegung in Ihren Alltag integrieren.

So führen Sie Ihr Ernährungstagebuch

Schreiben Sie in Ihrem Ernährungstagebuch alle Abnehmversuche auf, die Sie bereits unternommen haben. Dazu zählen:

- Diäten: z. B. Brigitte-Diät, Atkins-Diät, Weight Watchers, FDH, BCM oder Almased
- Kuren und Reha-Maßnahmen, die aufgrund eines Übergewichts erfolgten: z. B. INSULA oder psychosomatische Einrichtungen, die auf Essstörungen spezialisiert sind
- Adipositas-Programme: z. B. Doc Weight, M.O.B.I.L.E.S., Optifast-Programme, Formula-Diät, INA = Ich nehme ab, Mobi Dick oder Myland
- Ernährungsprogramme: z. B. Diabetiker-Schulungen
- Medikamentöse Therapien: z. B. Victoza, Byetta, Foxiga oder BCM

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen? (z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs)	Wo erfolgte die Maßnahme? (Ort, Straße, Ansprechpartner)	Im Zeitraum von ... bis ...	Ausgangsgewicht	Gewichtsverlust	Endgewicht	Ärztliche Kontrolle ja/nein	Belege ja/nein	Bewegung in dieser Zeit
Weight Watchers	Musterstraße 2, Max Musterinn	12.05. - 12.12.2013	120 kg	10 kg	110 kg	ja	ja	ja

Notieren Sie in Ihrem Ernährungstagebuch alles, was Sie essen und trinken. Es ist wichtig, dass Sie nichts weglassen – nur so ist eine genaue Auskunft über die Menge und Art der Lebensmittel möglich. **Und nur so** ist es den Diätassistenten/Oecotrophologen möglich, Ihre individuelle Energieaufnahme des Tages sowie Alternativen vor und nach einer Adipositas-Operation zu ermitteln.

Wenn Sie die folgenden Fragen beantworten, können Sie sicher gehen, Ihr Tagebuch richtig auszufüllen:

- Wann essen/trinken Sie etwas?
- Was essen/trinken Sie?
- Wie viel essen/trinken Sie davon?
Bitte machen Sie eine genaue Angabe über die Mengen. Zum Beispiel: 1 Scheibe Vollkornbrot mit 2 Scheiben Gouda 45% F.i.Tr., 5 EL Nudeln oder 3 hühnereigroße (Gr. M) Kartoffeln, 250ml = 1 Tasse Kaffee, 100ml = 1 kl. Glas Wasser usw. Hilfreich ist es auch, wenn Sie die Produktnamen oder Hersteller notieren.
- Haben Sie Beschwerden?
- Wo essen Sie? Zu Hause, in der Kantine, im Restaurant? Am Esstisch, vor dem Fernseher?

Sinnvoll ist, das Essen und Trinken gleich nach der Mahlzeit zu notieren – am Ende des Tages geraten die Lebensmittel und Mengen häufig in Vergessenheit.

Datum: _____ Wochentag: _____ <input type="checkbox"/> Arbeitstag <input type="checkbox"/> Urlaubstag					
Uhrzeit	Lebensmittel	Gewürze	Getränke	Medikamente, Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering, 6 = sehr schlecht)
6:30	Helles Brötchen 1 Quark Magerstufe 3 EL Marmelade 2 TL Milch 1,5 % Fett, 150 ml für Kaffee	Salz	Kaffee 4 Becher		
12:00	Schwarzbrot 2 Scheiben Schinkenwurst 2 Scheiben		Leitungswasser 2 Liter		
15:00	Vollkornkeise 3 Stück				
18:30	Schwarzbrot 2 Scheiben Käse 11% Fett 2 Scheiben				

Ernährungstagebuch

Datum: _____ Wochentag: _____ <input type="checkbox"/> Arbeitstag <input type="checkbox"/> Urlaubstag <input type="checkbox"/> Krankheit					
Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit

Ort	Tageszeit/Lebensmittel: Frühstück – Mittagessen – Abendessen	Menge	Medikamente	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1-5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)

Universitäres Adipositas-Centrum

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
Gebäude O10, Erdgeschoss, Gang A

Telefon: (040) 7410-28599

E-Mail: adipositas@uke.de

Im Falle eines akuten Notfalls erreichen Sie
uns werktags in der Zeit von 10.00 bis 16.00 Uhr
unter der Mobilfunknummer: 01522 2815245

oder **24 Stunden** über unsere Notfallambulanz:
(040) 7410-35000

www.uke.de/adipositas