

| ERNÄHRUNG:                     | TAG/DATUM: | TAG/DATUM: | TAG/DATUM: | TAG/DATUM: | TAG/DATUM: |
|--------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>Frühstück</b>               |            |            |            |            |            |
| <b>Snack</b>                   |            |            |            |            |            |
| <b>Mittag</b>                  |            |            |            |            |            |
| <b>Snack</b>                   |            |            |            |            |            |
| <b>Abend</b>                   |            |            |            |            |            |
| <b>TRINKMENGE:</b>             |            |            |            |            |            |
| Wasser                         |            |            |            |            |            |
| Kaffee                         |            |            |            |            |            |
| Tee (welchen?)                 |            |            |            |            |            |
| frische Smoothies              |            |            |            |            |            |
| Sonstige Getränke              |            |            |            |            |            |
| Alkohol                        |            |            |            |            |            |
| <b>BEWEGUNG:</b>               |            |            |            |            |            |
| Intensität /Art                |            |            |            |            |            |
| Dauer                          |            |            |            |            |            |
| <b>Stimmung:</b>               |            |            |            |            |            |
| <b>Persönliche Bemerkung:</b>  |            |            |            |            |            |
| <b>Nahrungsergänzung? Was?</b> |            |            |            |            |            |