



# **Ernährungs- und Bewegungstagebuch von**

**Name:**

**Zeitraum:**

**Ziel:**

# Mein Ernährungs- und Bewegungstagebuch

Ein Ernährungstagebuch unterstützt Sie dabei, Ihre Gewohnheiten im Hinblick auf Ernährung und Bewegung besser zu verstehen. Nehmen Sie sich eine Woche Zeit, um detailliert zu dokumentieren, was und wie viel Sie essen, trinken und sich bewegen. Am Ende dieser Woche ziehen Sie ein persönliches Fazit:

Ernähren Sie sich ausgewogen? Trinken Sie ausreichend Flüssigkeit? Essen Sie häufig „nebenbei“ oder vor dem Bildschirm? Welche Verhaltensweisen fallen Ihnen leicht – und wo sehen Sie Verbesserungspotenzial?

So führen Sie Ihr Tagebuch:

- Deckblatt ausfüllen: Tragen Sie Ihren Namen sowie den Zeitraum ein, für den Sie das Tagebuch führen. Formulieren Sie zudem ein persönliches Ziel für diese Woche.
- Tägliche Einträge: Füllen Sie für jeden Tag ein separates Blatt aus. Benötigen Sie mehr Platz, können Sie weitere Seiten verwenden. Das Formular lässt sich am Computer ausfüllen und abspeichern. Möchten Sie das Tagebuch ausdrucken, nutzen Sie nach Möglichkeit die Druckeinstellungen „beidseitiger Druck – an der kurzen Kante spiegeln“ sowie „Toner sparen“.
- Ernährungsprotokoll:
  - Halten Sie alle Speisen und Getränke fest – sowohl Hauptmahlzeiten als auch Snacks und kleine Zwischenmahlzeiten. Idealerweise dokumentieren Sie Ihre Angaben unmittelbar nach dem Verzehr, um keine Details zu vergessen. Alternativ können Sie ein Foto mit dem Smartphone machen und Ihre Einträge später ergänzen.
  - Beschreiben Sie die Speisen möglichst genau (z. B. Fettgehalt von Milchprodukten).
  - Schätzen Sie Mengenangaben so präzise wie möglich, wenn kein Wiegen möglich ist (z. B. „1 Scheibe Brot“, „1 Handvoll Nüsse“).
  - Geben Sie bei Getränken die genaue Art an (z. B. „Mineralwasser“, „schwarzer Tee“, „Orangensaft“).
  - Notieren Sie Besonderheiten wie Beschwerden nach dem Essen, Zeitdruck, das Essen im Auto oder ausgelassene Mahlzeiten. Auch eingenommene Medikamente können unter „Anmerkungen/Situationen“ vermerkt werden.
- Bewegungsprotokoll:
  - In der Spalte „Aktivitäten“ dokumentieren Sie Ihre körperliche Bewegung. Hierzu zählen nicht nur sportliche Betätigungen, sondern auch alltägliche Aktivitäten wie das Treppensteigen oder ein Spaziergang in der Mittagspause.
- Persönliche Notizen: Unter „Notizen“ können Sie ergänzende Angaben machen – beispielsweise ein Tagesmotto, besondere Umstände (z. B. Arbeitstag, Wochenende, Urlaub, Krankheit), Ihre Aufsteh- und Schlafenszeiten oder Ihre Stimmungslage.

| <b>Uhrzeit</b><br>Wann? | <b>Speisen/Menge</b><br>Was? Wieviel?                               | <b>Getränke/Menge</b><br>Was? Wieviel?           | <b>Anmerkungen/Situationen</b><br>Wie habe ich mich gefühlt? | <b>Aktivitäten</b><br>Wieviel habe ich mich bewegt? |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 6:45                    | 1 SCHEIBE VOLLKORNBROT MIT FRISCHKÄSE UND TOMATENSCHNITTEN, 1 APFEL | 1 TASSE KAFFEE MIT<br>HAFERMILCH<br>0,5 L WASSER | MÜDE, STRESSIG, ZU HAUSE                                     | MIT DEM AUTO ZUR ARBEIT,<br>1 TREPPEN               |
|                         |                                                                     |                                                  |                                                              |                                                     |
|                         |                                                                     |                                                  |                                                              |                                                     |
|                         |                                                                     |                                                  |                                                              |                                                     |
|                         |                                                                     |                                                  |                                                              |                                                     |
|                         |                                                                     |                                                  |                                                              |                                                     |
|                         |                                                                     |                                                  |                                                              |                                                     |
|                         |                                                                     |                                                  |                                                              |                                                     |
|                         |                                                                     |                                                  |                                                              |                                                     |
|                         |                                                                     |                                                  |                                                              |                                                     |
|                         |                                                                     |                                                  |                                                              |                                                     |

Notizen:

| <b>Uhrzeit</b><br>Wann? | <b>Speisen/Menge</b><br>Was? Wieviel? | <b>Getränke/Menge</b><br>Was? Wieviel? | <b>Anmerkungen/Situationen</b><br>Wie habe ich mich gefühlt? | <b>Aktivitäten</b><br>Wieviel habe ich mich bewegt? |
|-------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |

| <b>Uhrzeit</b><br>Wann? | <b>Speisen/Menge</b><br>Was? Wieviel? | <b>Getränke/Menge</b><br>Was? Wieviel? | <b>Anmerkungen/Situationen</b><br>Wie habe ich mich gefühlt? | <b>Aktivitäten</b><br>Wieviel habe ich mich bewegt? |
|-------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |

| <b>Uhrzeit</b><br>Wann? | <b>Speisen/Menge</b><br>Was? Wieviel? | <b>Getränke/Menge</b><br>Was? Wieviel? | <b>Anmerkungen/Situationen</b><br>Wie habe ich mich gefühlt? | <b>Aktivitäten</b><br>Wieviel habe ich mich bewegt? |
|-------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |

| <b>Uhrzeit</b><br>Wann? | <b>Speisen/Menge</b><br>Was? Wieviel? | <b>Getränke/Menge</b><br>Was? Wieviel? | <b>Anmerkungen/Situationen</b><br>Wie habe ich mich gefühlt? | <b>Aktivitäten</b><br>Wieviel habe ich mich bewegt? |
|-------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |

| <b>Uhrzeit</b><br>Wann? | <b>Speisen/Menge</b><br>Was? Wieviel? | <b>Getränke/Menge</b><br>Was? Wieviel? | <b>Anmerkungen/Situationen</b><br>Wie habe ich mich gefühlt? | <b>Aktivitäten</b><br>Wieviel habe ich mich bewegt? |
|-------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |

| <b>Uhrzeit</b><br>Wann? | <b>Speisen/Menge</b><br>Was? Wieviel? | <b>Getränke/Menge</b><br>Was? Wieviel? | <b>Anmerkungen/Situationen</b><br>Wie habe ich mich gefühlt? | <b>Aktivitäten</b><br>Wieviel habe ich mich bewegt? |
|-------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |

| <b>Uhrzeit</b><br>Wann? | <b>Speisen/Menge</b><br>Was? Wieviel? | <b>Getränke/Menge</b><br>Was? Wieviel? | <b>Anmerkungen/Situationen</b><br>Wie habe ich mich gefühlt? | <b>Aktivitäten</b><br>Wieviel habe ich mich bewegt? |
|-------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |
|                         |                                       |                                        |                                                              |                                                     |