

Adipositaszentrum



Klinikum Südstadt
Rostock

Name:

Datum:

Wochentag:

Ernährungsprotokoll

Uhrzeit	Lebensmittel (Wieviel? Was?)	Getränk (Wieviel? Was?)	Unverträglich- keit (Aufstoßen, Übel- keit, Blähungen, Er- brechen, Schmerzen)	Bewegungseinheit (Wie lange? Was?)

