



MARYNA REBSTOCK
GANZHEITLICHE GESUNDHEITSBERATUNG

ERNÄHRUNGS- UND TAGESABLAUFPROTOKOLL

Name	
_____	_____
Tag Nr.	Datum

Was haben Sie gegessen?

Was, wie viel und wann haben Sie getrunken?

PH-Wert Urin*

morgens nüchtern

mittags nach dem Essen

abends vor dem Schlafengehen*

Wie haben Sie sich nach dem Essen gefühlt?

**Welche Konsistenz hat Ihr Stuhlgang?
Geruch, Farbe?**

Ab und bis wann haben Sie geschlafen?

ab

bis

Wie viel haben Sie sich bewegt?

Fühlen Sie sich erholt oder nicht?

ja

nein

*Gemessen wird ganz unkompliziert per Teststreifen, die Sie z.B. [HIER](#) bestellen können.