

# Ernährungsprotokoll

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient,  
bitte notieren Sie hier an drei Tagen alles was sie essen **und** trinken **und** ob sie körperlich aktiv waren.

Datum:

	Früh	Vormittags	Mittags	Nachmittags	Abends	Spät
Essen						
Trinken						
Aktivität						

Datum:

	Früh	Vormittags	Mittags	Nachmittags	Abends	Spät
Essen						
Trinken						
Aktivität						

Datum:

	Früh	Vormittags	Mittags	Nachmittags	Abends	Spät
Essen						
Trinken						
Aktivität						



Gemeinschaftspraxis  
**Hainzinger Seefried Sieh**  
Diabeteszentrum · Allgemeinmedizin

Allgemeinärztliche Gemeinschaftspraxis  
mit Diabetologischem Schwerpunkt  
Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG  
Nördliche Ringstraße 19 . 85057 Ingolstadt

Telefon (08 41) 931 933 0  
Fax (08 41) 931 933 199  
E-Mail info@diabetologie-ingolstadt.de  
BSNR 648030800

