

## Nachweis über Diätlebenslauf (möglichst chronologisch)

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle:  ja  nein

Im Zeitraum von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Belege:  ja  nein

Ausgangsgewicht: \_\_\_\_\_ kg

Bewegung in dieser Zeit:  ja  nein

Gewichtsverlust: \_\_\_\_\_ kg

Endgewicht: \_\_\_\_\_ kg

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle:  ja  nein

Im Zeitraum von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Belege:  ja  nein

Ausgangsgewicht: \_\_\_\_\_ kg

Bewegung in dieser Zeit:  ja  nein

Gewichtsverlust: \_\_\_\_\_ kg

Endgewicht: \_\_\_\_\_ kg

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle:  ja  nein

Im Zeitraum von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Belege:  ja  nein

Ausgangsgewicht: \_\_\_\_\_ kg

Bewegung in dieser Zeit:  ja  nein

Gewichtsverlust: \_\_\_\_\_ kg

Endgewicht: \_\_\_\_\_ kg

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle:  ja  nein

Im Zeitraum von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

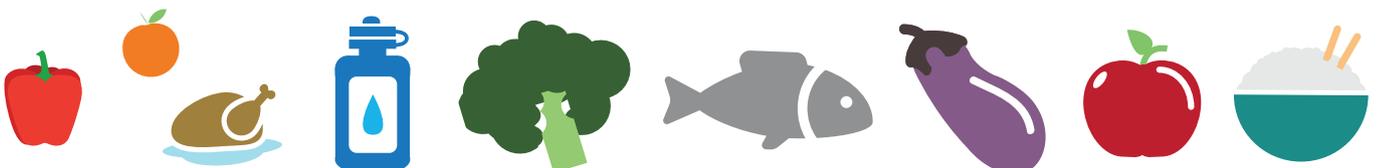
Belege:  ja  nein

Ausgangsgewicht: \_\_\_\_\_ kg

Bewegung in dieser Zeit:  ja  nein

Gewichtsverlust: \_\_\_\_\_ kg

Endgewicht: \_\_\_\_\_ kg



## Ernährungstagebuch

Datum: \_\_\_\_\_ Wochentag: \_\_\_\_\_  Arbeitstag  Urlaubstag  Krankheit Name: \_\_\_\_\_

Tageszeit/ Ort	Lebensmittel	Menge (z.B. ml, g, etc.)	Aus- gangs- gewicht	Wie fühlen Sie sich? 😊 😐 😞	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1 - 5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)
Frühstück						
Zwischen- mahlzeit						
Mittagessen						
Zwischen- mahlzeit						
Abendessen						

Datum: \_\_\_\_\_ Wochentag: \_\_\_\_\_  Arbeitstag  Urlaubstag  Krankheit Name: \_\_\_\_\_

Tageszeit/ Ort	Lebensmittel	Menge (z.B. ml, g, etc.)	Aus- gangs- gewicht	Wie fühlen Sie sich? 😊 😐 😞	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1 - 5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)
Frühstück						
Zwischen- mahlzeit						
Mittagessen						
Zwischen- mahlzeit						
Abendessen						

