

## Ernährungsprotokoll

Zeit	Mahlzeit: Was wurde gegessen?	JA	Beurteilung 2-3 Stunden nach der Mahlzeit	NEIN
	Frühstück:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich fühle mich satt. Ich bin leistungsfähig. Ich bin zufrieden. Ich bin emotional ausgeglichen. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Mittagessen:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich fühle mich satt. Ich bin leistungsfähig. Ich bin zufrieden. Ich bin emotional ausgeglichen. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Abendessen:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ich fühle mich satt. Ich bin leistungsfähig. Ich bin zufrieden. Ich bin emotional ausgeglichen. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Wenn nicht alle Punkte positiv beurteilt wurden, Mahlzeit überprüfen:

Wurden die Anteile berücksichtigt? (Stimmt das Mengenverhältnis Eiweiß – Kohlenhydrate?)

Waren alle Nahrungsmittel günstig oder neutral? (siehe Liste grün und blau)

Passt die Portionsgröße?

Passt die Zubereitungsart? (Tiefkühlkost, Mikrowelle)

Passt die Qualität der Nahrungsmittel? (industriell verarbeitete Nahrung, Lightprodukte, Fertiggerichte)

