



Ernährungstagebuch



	Datum	Gericht oder Getränk	Beschwerden (von 1 = sehr schwach bis 5 = sehr stark)	Datum	Gericht oder Getränk	Beschwerden (von 1 = sehr schwach bis 5 = sehr stark)	Datum	Gericht oder Getränk	Beschwerden (von 1 = sehr schwach bis 5 = sehr stark)
Frühstück									
Mittagessen									
Abendessen									
Zwischenmahlzeiten									
Getränke									

Hinweis: Füllen Sie das Ernährungstagebuch immer dann aus, wenn Sie Sodbrennen verspüren. Legen Sie es bei Ihrem nächsten Termin Ihrem Arzt vor, er wird eventuell Rückschlüsse ziehen können. Dieses Ernährungstagebuch ersetzt keine ärztliche Diagnose oder Behandlung.