Feelinx®
Mein Gefühl. Mein Leben.
Mein Begleiter.

Ernährungstagebuch

Liebe Patientin, Lieber Patient,

Sie werden im Rahmen Ihrer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (CED) behandelt.

Die medikamentöse Therapie ist die Basis der Therapie Ihrer CED. Eine ausgewogene Ernährung kann die medikamentöse Therapie jedoch zusätzlich unterstützen und dabei potenziell ernährungsbedingte Beschwerden wie Bauchschmerzen, Durchfall und Mangelernährung reduzieren. Ernährungsbedingte Beschwerden treten je nach Erkrankung, Manifestation und Krankheitsaktivität bei jeder Patientin / jedem Patienten unterschiedlich auf. Deshalb ist es wichtig, dass Sie Ihre individuell verträglichen Lebensmittel kennen.

Dieses Ernährungstagebuch hilft Ihnen bei der Identifikation unverträglicher Lebensmittel und unterstützt Sie so bei der Erstellung eines individuellen Ernährungsplans.

Wenden Sie sich bei Beschwerden, oder wenn Sie Fragen haben, jederzeit an Ihre behandelnde Ärztin/ Ihren behandelnden Arzt.

Wie benutze ich mein Ernährungstagebuch?

Um ernährungsbedingte Beschwerden vorzubeugen ist es wichtig das Ernährungstagebuch kontinuierlich zu führen, am Besten gleich nach jeder Mahlzeit. Sollten Sie das Tagebuch einmal nicht zur Hand haben, notieren Sie sich eingenommene Mahlzeiten händisch oder auf Ihrem Handy. So können Sie später Ihre Mahlzeiten nachtragen.

Eine möglichst lückenlose Dokumentation kann Ihnen helfen auftretende Beschwerden besser nachzuvollziehen.

Tragen Sie Folgendes in Ihr Ernährungstagebuch ein:

- Datum und Uhrzeit
- Körpergewicht
- Nahrung und Getränke
- Beschwerden (inkl. Skala)
- Sonstige Bemerkungen

Nutzen Sie bei der Dokumentation Ihrer Beschwerden eine Skala von 0 (= keine Beschwerden) bis 10 (= sehr starke Beschwerden).

HEXAL
A Sandoz Brand

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	Eingenommene Nahrung/Getränke Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	Art und Stärke der Beschwerden (genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		Sonstige Bemerkungen (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, Schlafprobleme etc.)
08.00	1 Apfel, 100 g Joghurt, 200 ml Orangensaft	Bauchschmerzen	3	400 mg Ibuprofen (Kopfschmerzen); unruhiger Schlaf

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	Eingenommene Nahrung/Getränke Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	Art und Stärke der Beschwerden (bitte genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		Sonstige Bemerkungen (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, etc.)

HEXAL
A Sandoz Brand

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, Schlafprobleme etc.)

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (bitte genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, etc.)

HEXAL
A Sandoz Brand

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, Schlafprobleme etc.)

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (bitte genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, etc.)

HEXAL
A Sandoz Brand

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, Schlafprobleme etc.)

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (bitte genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, etc.)

HEXAL
A Sandoz Brand

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, Schlafprobleme etc.)

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (bitte genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, etc.)

HEXAL
A Sandoz Brand

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, Schlafprobleme etc.)

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (bitte genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, etc.)

HEXAL
A Sandoz Brand

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, Schlafprobleme etc.)

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (bitte genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, etc.)

HEXAL
A Sandoz Brand

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, Schlafprobleme etc.)

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (bitte genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, etc.)

HEXAL
A Sandoz Brand

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, Schlafprobleme etc.)

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (bitte genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, etc.)

HEXAL
A Sandoz Brand

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, Schlafprobleme etc.)

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (bitte genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, etc.)

HEXAL
A Sandoz Brand

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, Schlafprobleme etc.)

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (bitte genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, etc.)

HEXAL
A Sandoz Brand

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, Schlafprobleme etc.)

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (bitte genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, etc.)

HEXAL
A Sandoz Brand

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, Schlafprobleme etc.)

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (bitte genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, etc.)

HEXAL
A Sandoz Brand

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, Schlafprobleme etc.)

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (bitte genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, etc.)

HEXAL
A Sandoz Brand

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, Schlafprobleme etc.)

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (bitte genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, etc.)

HEXAL
A Sandoz Brand

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, Schlafprobleme etc.)

Mo Di Mi Do Fr Sa So Datum Gewicht

Uhrzeit für jede eingenommene Mahlzeit	**Eingenommene Nahrung/Getränke** Menge und ggf. Gewürze detailliert dokumentieren	**Art und Stärke der Beschwerden** (bitte genau dokumentieren, welche, wie lange, wie stark von 0 (keine) bis 10 (sehr stark))		**Sonstige Bemerkungen** (z. B. Medikamente, Vitaminpräparate, Stress, etc.)

HEXAL
A Sandoz Brand

FSC
www.fsc.org
MIX
Papier aus verantwortungsvollen Quellen
FSC® C106313

Mat.-Nr.: 49044709 | MLR-252716-11/2022

HEXAL
A Sandoz Brand