

DATUM.....
 MO DI MI DO FR SA SO

STIMMUNG
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SCHLAF
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ENERGIE
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ENTSPANNUNG
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANPANNUNG
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ZEIT	ESSEN / MAHLZEITEN / SNACKS <small>Was & wieviel? (z. B. 2 Scheiben Brot, Handvoll Brokkoli, 150g Fisch)</small>	TRINKEN <small>Was & wieviel?</small>	ZUSÄTZE <small>(Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel)</small>	BESCHWERDEN <small>(Blähungen, Krämpfe, Durchfall, Blut...)</small>

SUMME IN LITER

ANZAHL DER STUHLGÄNGE

