Wochentag: _____ Datum: _____

Uhr-zeit	**Menge** (TL, EL, Sch, St, B, T, Gl, g, ml, l)	**Lebensmittel / Getränke**	**Stuhl** (wässrig, breiig, hart, wohlgeformt, Blut, Schleim, direkt nach dem Essen)	**Wohlbefinden Beschwerden**

Wochentag: _____ Datum: _____

Uhr-zeit	**Menge** (TL, EL, Sch, St, B, T, Gl, g, ml, l)	**Lebensmittel / Getränke**	**Stuhl** (wässrig, breiig, hart, wohlgeformt, Blut, Schleim, direkt nach dem Essen)	**Wohlbefinden Beschwerden Stimmung**