



## Ernährungs- und Symptomprotokoll

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit	Lebensmittel (Menge)	Getränk	Beschwerden

Sport und Bewegung: \_\_\_\_\_

Gab es Kontakt mit:

- Pollen?
- Sonne?
- Tieren?
- Schimmelpilz?

Welche Medikamente/Salben wurden genommen? \_\_\_\_\_

Wie war der Stuhlgang? \_\_\_\_\_

Es war heute ein guter/schlechter Tag: \_\_\_\_\_