

AUSFÜHRLICHE ADIPOSITAS ANAMNESE

PRAXIS MATIC

Name

Vorname

Geburtsdatum

Wohnort

Ihre Körpergröße:

cm

Gewicht:

kg

Telefon

Mobil

e-Mail

Krankenkasse

Hausarzt
Name

Adresse, Telefon

Mitbehandelnde Ärzte
Name

Adresse, Telefon

Waren Sie schon einmal in psychologischer/ psychiatrischer Mitbehandlung:

ja

nein

Sind Sie jetzt in psychologischer/psychiatrischer Mitbehandlung:

ja

nein

Psychologisch/psychiatrische Mitbehandlung erfolgte durch (mit Adresse + Telefonnummer):

Wie sind Sie auf diese Praxis aufmerksam geworden?

Fragen zur allgemeinen Krankengeschichte

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

Gruberstraße 26 · 64289 Darmstadt
Telefon: +49 (0) 61 51 - 7 50 33 oder 7 50 51
Telefax: +49 (0) 61 51 - 71 72 16
E-Mail: info@praxis-matic.de
Web: www.praxis-matic.de

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Krankheit	Ja	seit wann?	Nein	Weiß ich nicht
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Harnsäurespiegel/Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzgefäßerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale oder chronisch	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
obstruktive Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf-Schnarch-Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verengung der Halsgefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verengung der Bein Gefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen/Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallensteine (oder OP)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündliche Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberverfettung, -zirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma/rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoimmunerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen (welche):	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündung der Speiseröhre	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündung der Magenschleimhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WEITERE:				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden Sie schon einmal operiert ?

Organ?	wann?
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Begleiterkrankungen

Sind chronische Erkrankungen bekannt und wenn ja, welche?

- Bluthochdruck nein ja
- Erhöhtes Cholesterin/Blutfette nein ja
- Erkrankung des Bewegungsapparates nein ja
- Erkrankung des Magen- Darm- Traktes nein ja
- Thrombose nein ja
- Asthma nein ja
- Krebs nein ja
- Allergien gegen Medikamente nein ja
- Allergien gegen Nahrungsmittel nein ja

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name	Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Sonstiges

Was erscheint Ihnen sonst noch berichtenswert?

Beschwerden/Probleme beim Wasserlassen?

nein ja

Beschwerden beim Stuhlgang?

nein ja

Nächtliches Wasserlassen?

mal/Nacht

Nur für Frauen

In welchem Alter 1. Regelblutung?

Wann war die letzte Regeblutung?

Wechseljahre in welchem Alter?

Hormonersatztherapie?

Bestand bei Ihnen in der Schwangerschaft ein Schwangerschaftsdiabetes oder eine Präeklampsie/Gestose (Schwangerschaftsvergiftung)?

nein ja weiß ich nicht

Frühere oder aktuelle Regelblutungsstörungen:

Verhütungsmaßnahmen:

Pille Spirale Kondom Sterilisation

Andere:

Geburten:

Nur für Männer

Haben Sie

Erektionsstörung?

nein ja weiß ich nicht

Prostatavergrößerung?

nein ja weiß ich nicht

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht

Fragen zur Familiengeschichte

Erkrankung	Mutter	Vater	Kinder	Geschwister	Großeltern	Partner
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verengung anderer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäße/Amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersdemenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bösartige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter bei Tod/Ursache	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass bereits vorhandene Untersuchungsergebnisse bei Ihrem Hausarzt oder Fachärzten angefordert werden können?

ja nein

Datum:

Unterschrift:

Fragen zum Gewichtsverlauf

Größe

cm

derzeitiges Gewicht

kg

niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht

kg

das war vor

< 1 Jahr

2 – 4 Jahren

> 5 Jahre

höchstes (Erwachsenen-) Gewicht

kg

das war vor

<1 Jahr

2 - 4 Jahre

>5 Jahre

Meine bisher größte Gewichtsabnahme:

kg im Jahr

Mein Wunschgewicht liegt bei

kg

Ich bin aber auch zufrieden, wenn ich folgendes Gewicht erreiche

kg

In einem Jahr möchte ich wiegen:

kg

Wie kontrollieren Sie Ihr Gewicht / Ihre Körperform?

Wiegen mal/Tag mal/Woche mal/Monat

eigene Messung des Bauchumfangs

Änderung der Kleidergröße Änderung der Gürtellänge

Wie hat sich Ihr Gewicht im Laufe Ihres Lebens entwickelt? Beschreiben Sie in Stichpunkten die wesentlichen Phasen Ihres Lebens von der Kindheit bis heute. Mütter beschreiben bitte auch kurz die Gewichtsentwicklung während und nach Schwangerschaften.

Wie häufig haben Sie bereits Schlankheitsdiäten durchgeführt?

- Noch nie
- 1 – 5 mal
- 6 – 9 mal
- >10 mal
- regelmäßig (mind. 2x jährlich)
- halte ständig Diät

Welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion haben Sie durchgeführt?

	Dauer der Maßnahme	Gewichtsverlust in kg	Wiederzunahme in kg
Diäten in Eigenregie (Kohlsuppe, Brigitte-Diät etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
„Pulverdiät“	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BCM/ Redumed etc.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Weight Watchers	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Akupunktur/Heilpraktiker	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Optifast/Mobilis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mit Unterstützung Ihres Arztes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Xenical/Reductil/Acomplia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psychotherapie (ambulant)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stationäre Kur zum Abnehmen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstiges:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geben Sie Gründe an, warum Sie möchten abnehmen?

Fragen zum Lebensstil

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern?

Wie viele Stunden sitzen Sie täglich vor dem Computer?

davon beruflich bedingt:

Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport?

Welchen Sport?

Haben Sie Schmerzen bei körperlicher Bewegung? ja nein

Wenn ja welche?

Haben Sie Luftnot bei Bewegung? ja nein

Schämen Sie sich beim Sport z.B. Schwimmen? ja nein

Raucher seit Zigaretten/Tag

Nicht-Raucher

Ex-Raucher seit geraucht über Jahre Zigaretten/Tag

Essen Sie oft außerhalb, z.B. Fast Food Restaurants? immer häufig selten nie

Welche alkoholhaltigen Getränke nehmen Sie zu sich?

Bier

Wein/Sekt

Spirituosen

Cocktails/Alcopops

mal/Woche mal/Monat

Aus welchen Gründen?

aus Gründen des Genusses

aufgrund einer Alltagsgewohnheit

um abzuspannen

um von Problemen abgelenkt zu werden

um schlafen zu können („Schlaftrunk“)

verheiratet/in Partnerschaft

geschieden

verwitwet

Single

Leben Sie alleine oder in häuslicher Gemeinschaft mit anderen?

Wie viele Kinder haben Sie?

Alter:

Hauptschule

Gesamtschule

Realschule

Gymnasium

Studium

Gelernter Beruf?

jetzige Tätigkeit?

Schichtarbeit? ja nein

Fragen zum Essverhalten

Haben Sie regelmäßige Essenszeiten? ja nein

Wie viele Mahlzeiten, inklusive Zwischenmahlzeiten, essen Sie pro Tag?

Wie essen Sie?

Schnell Langsam Bewusst Zeitung lesend beim Fernsehen unregelmäßig

Wo essen Sie?

im Wohnzimmer in der Küche bei der Arbeit Unterwegs Andere Orte:

Wer kocht bei Ihnen im Haushalt?

Wann nehmen Sie die Hauptmahlzeit zu sich? (bitte Uhrzeit eintragen)

Sind Sie viel unterwegs und müssen außerhalb Essen? ja nein

Was essen Sie am liebsten?

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Auf welche reagieren Sie „allergisch“?

Naschen Sie gern? Wenn ja, was und wann?

Haben Sie nach dem Essen ein Sättigungsgefühl? immer häufig selten nie

Essen Sie zwischen den Mahlzeiten? immer häufig selten nie

Essen Sie Fast Food? immer häufig selten nie

Essen Sie Süßigkeiten zwischen den Mahlzeiten? immer häufig selten nie

Stehen Sie nachts auf, um sich etwas zum Essen zu holen? ja nein

Bekommen Sie Ess-/ Heißhungerattacken? ja nein

Wenn ja, wie oft und wann?

Was trinken Sie?

Mineralwasser Cola, Fanta etc. Fruchtsäfte Kaffee Tee anderes, was ?



Bitte kreuzen Sie an, wieweit folgende Aussagen auf Ihr Essverhalten zu treffen

	trifft zu	trifft nicht zu
1. Wenn große Portionen auf dem Tisch stehen, esse ich mehr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Frühstück brauch ich nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ablehnung durch andere Menschen gleiche ich durch Essen aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Wenn ich mich einsam fühle, tröste ich mich mit Essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich gehe hungrig einkaufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich habe immer Hunger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich esse sehr große Portionen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Wenn ich schmackhafte Dinge sehe, bekomme ich Appetit und fange an zu essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich esse gerne Fettiges/Deftiges.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Wenn ich mich ärgere, esse ich mehr als gewöhnlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich habe immer als erste(r) den Teller leer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich esse, wenn ich alleine bin oder mich langweile.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Werde ich kritisiert, esse ich mehr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich trinke/esse zu viel Süßes oder süße Getränke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ich esse ungeplant und unregelmäßig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Sobald ich etwas zu Essen rieche, bekomme ich Appetit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Wenn ich einmal angefangen habe zu essen, fällt es mir manchmal schwer, wieder damit aufzuhören.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ich meide Lebensmittel, die im Ruf stehen "dick" zu machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Wenn ich nervös bin, muss ich mich durch Essen beruhigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Wenn ich in Gesellschaft bin, esse ich mehr als gewöhnlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Oft habe ich ein so starkes Hungergefühl, dass ich einfach etwas essen muss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte beurteilen Sie, wieweit Ihr Übergewicht Sie belastet.

	trifft zu	trifft nicht zu
1. Ich bin wegen meines Übergewichtes schon oft in Verzweiflung geraten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Viele meiner Ziele kann ich wegen meines Übergewichts nicht erreichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Aufgrund meines Übergewichts finde ich schwer Kontakt zu anderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. An vielen interessanten Aktivitäten kann ich aufgrund meines Gewichts nicht teilnehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich bin häufig niedergeschlagen wegen meinem hohen Gewicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Hätte ich nicht so viele Probleme mit meinem Übergewicht, könnte ich es viel weiter bringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welcher der folgenden Aussagen können Sie zustimmen oder nicht zustimmen?

	trifft zu	trifft nicht zu
1. Ich esse häufig den ganzen Tag kaum etwas, dafür schlag ich beim Abendessen richtig zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Manchmal habe ich Angst, das Essen nicht einschränken zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich achte darauf, dass ich mindestens dreimal am Tag esse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. In Gegenwart anderer esse ich meist sehr wenig. Dafür stopfe ich mich voll, sobald ich alleine bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich esse öfters auch nebenbei, z.B. beim Lesen, Fernsehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Manchmal denke ich, dass ich mein Essverhalten besser kontrollieren sollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich bewege mich zu wenig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Unter der Woche esse ich meistens zu den gleichen Uhrzeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Während des Essens denke ich oft an den Kaloriengehalt und bekomme dann Schuldgefühle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Manchmal stehe ich mitten in der Nacht auf, um etwas zu essen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Meistens esse ich mehr, weil ich nicht mehr rauche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kennen Sie Essanfälle, bei denen Sie mit dem Essen nicht mehr aufhören können?

ja nein

Wenn ja, welche Aussagen charakterisieren Ihren Heißhunger?

	trifft zu	trifft nicht zu
1. Ich fühle mich während des Essens fremdgesteuert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Es kommt phasenweise häufiger als einmal in der Woche vor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Nach so einem Essanfall mache ich mir schwere Selbstvorwürfe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Es kommt vor, dass ich danach erbreche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich kaufe extra dafür ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich achte darauf, dass ich dann alleine und ungestört bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Aus Angst zuzunehmen, nehme ich Abführmittel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich habe diese Essanfälle heimlich. Keiner weiß davon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragen zum Wohlbefinden

In den letzten vier Wochen ...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeschlafen gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich mich entmutigt und traurig gefühlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind Sie durch Ihren jetzigen Gesundheitszustand bei folgenden Tätigkeiten eingeschränkt?

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, nicht eingeschränkt
anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einkaufstaschen heben oder tragenmehrere Stockwerke steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ein Stockwerk steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sich beugen, knien, bücken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sich baden oder anziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Meine Ernährungsprotokoll Tag 1

Mahlzeiten

Gegessen wurde ...

Getrunken wurde ...

Frühstück

Ggfs. Zwischenmahlzeit

Mittagessen

Ggfs. Zwischenmahlzeit

Abendessen

Sonstige Nahrungsaufnahme

Sport

Nein

Ja

Sportart

Zeit

Besonderheiten an diesem Tag
(z. B. Grillen, Geburtstagsparty ...)



Meine Ernährungsprotokoll Tag 2

Mahlzeiten	Gegessen wurde ...	Getrunken wurde ...
Frühstück		
Ggfs. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
Ggfs. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport Nein Ja

Sportart

Zeit

Besonderheiten an diesem Tag
(z. B. Grillen, Geburtstagsparty ...)



Meine Ernährungsprotokoll Tag 3

Mahlzeiten	Gegessen wurde ...	Getrunken wurde ...
Frühstück		
Ggfs. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
Ggfs. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport Nein Ja

Sportart

Zeit

Besonderheiten an diesem Tag
(z. B. Grillen, Geburtstagsparty ...)

Meine Ernährungsprotokoll Tag 4

Mahlzeiten

Gegessen wurde ...

Getrunken wurde ...

Frühstück

Ggfs. Zwischenmahlzeit

Mittagessen

Ggfs. Zwischenmahlzeit

Abendessen

Sonstige Nahrungsaufnahme

Sport

Nein

Ja

Sportart

Zeit

Besonderheiten an diesem Tag
(z. B. Grillen, Geburtstagsparty ...)



Meine Ernährungsprotokoll Tag 5

Mahlzeiten

Gegessen wurde ...

Getrunken wurde ...

Frühstück

Ggfs. Zwischenmahlzeit

Mittagessen

Ggfs. Zwischenmahlzeit

Abendessen

Sonstige Nahrungsaufnahme

Sport

Nein

Ja

Sportart

Zeit

Besonderheiten an diesem Tag
(z. B. Grillen, Geburtstagsparty ...)



Meine Ernährungsprotokoll Tag 6

Mahlzeiten	Gegessen wurde ...	Getrunken wurde ...
Frühstück		
Ggfs. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
Ggfs. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport Nein Ja

Sportart

Zeit

Besonderheiten an diesem Tag
(z. B. Grillen, Geburtstagsparty ...)



Meine Ernährungsprotokoll Tag 7

Mahlzeiten	Gegessen wurde ...	Getrunken wurde ...
Frühstück		
Ggfs. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
Ggfs. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport Nein Ja

Sportart

Zeit

Besonderheiten an diesem Tag
(z. B. Grillen, Geburtstagsparty ...)



Beschreiben Sie den Ablauf eines typischen Wochenendes

Bewegungstagebuch von bis

	Einheit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Schlafen	Stunde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Berufsleben Tätigkeit:	Arbeitstag	überwiegend <input type="checkbox"/> sitzen <input type="checkbox"/> stehen <input type="checkbox"/> gehen	überwiegend <input type="checkbox"/> sitzen <input type="checkbox"/> stehen <input type="checkbox"/> gehen	überwiegend <input type="checkbox"/> sitzen <input type="checkbox"/> stehen <input type="checkbox"/> gehen	überwiegend <input type="checkbox"/> sitzen <input type="checkbox"/> stehen <input type="checkbox"/> gehen	überwiegend <input type="checkbox"/> sitzen <input type="checkbox"/> stehen <input type="checkbox"/> gehen	überwiegend <input type="checkbox"/> sitzen <input type="checkbox"/> stehen <input type="checkbox"/> gehen	überwiegend <input type="checkbox"/> sitzen <input type="checkbox"/> stehen <input type="checkbox"/> gehen
leichte Haus-/Gartenarbeit*	Stunde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
körperlich schwere Haus-/Gartenarbeit**	10 Minuten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rad fahren, zu Fuß gehen	10 Minuten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
körperliche Bewegung/ Sport	10 Minuten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sitzen***	10 Minuten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sonstiges	10 Minuten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Summe	Stunden							

*Staubwischen, Kochen, Bügeln, Fenster putzen, Unkraut jäten etc.

**Boden wischen, Schnee schaufeln, Umgraben, Rasen mähen etc.

***Auto, Bus, Essen, Fernsehen etc.

Ernährungsprotokoll - So ernähre ich mich

Beachten Sie bitte beim Ausfüllen:

1. Nehmen Sie Ihr Ernährungsprotokoll überall mit hin. Notieren Sie bitte alles. Auch z. B. Nüsse, Bonbons und Snacks beim Fernsehen. Versuchen Sie während dieser Woche nicht abzunehmen, aber auch nicht zuzunehmen.
2. Machen Sie jeweils einen Strich für die angegebene Portionsmenge.
3. Die Bezeichnung „Tasse“ ist ein Maß für die Menge, die in eine normale Kaffeetasse passt.
4. Ändern Sie die Mengenbezeichnungen nicht.
5. Geben Sie Ihr Gewicht vor und nach der Woche an.
6. Nach sieben Tagen zählen Sie bitte Ihre Strichlisten zusammen und tragen in die entsprechenden Kästchen die Summe ein
7. Mengenerläuterung:
1 Esslöffel (EL) = 15 ml
1 Teelöffel /TL) = 5

Brot

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Graubrot	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Scheibe 40,0 g
Weißbrot, Toast	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Scheibe 25,0 g
Vollkornbrot	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Scheibe 45,0 g
Rosinenbrot mit Hefe und Sultaninen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Scheibe 30,0 g
1/2 Brötchen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 25,0 g
1/2 Vollkornbrötchen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 30,0 g
Croissant aus Blätterteig	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 70,0 g
Knäcke, Zwieback	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Scheibe 10,0 g

Brotbelag

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Butter	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Teelöffel 5,0 g
Margarine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Teelöffel 5,0 g
Butter halbfett	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Teelöffel 5,0 g
Margarine halbfett	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Teelöffel 5,0 g
Wurst	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Scheibe 25,0 g
Wurst fettreduziert	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Scheibe 25,0 g
Schinken roh	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 10,0 g
Schinken gekocht	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Scheibe 30,0 g
Salami	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 30,0 g
Käse unter 20% Fett	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 30,0 g
Käse 20-40% Fett	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 30,0 g
Käse über 40% Fett	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 30,0 g
Camembert	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 30,0 g
Frischkäse Rahmstufe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 30,0 g
Marmelade, Gelee	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Teelöffel 10,0 g
Honig	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Teelöffel 10,0 g
Nußnougatcreme	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 20,0 g
Magerquark (≤3% Fett)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Eßlöffel 30,0 g
Speisequark (10%Fett)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Eßlöffel 30,0 g
Eier	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 60,0 g

Cerealien (Corn Flakes, etc.)

Haferflocken, trocken	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Esslöffel 10,0 g
Früchte-Müsli	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tasse 50,0 g
Frischkornbrei	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tasse 125 g
Cornflakes, trocken	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tasse 20,0 g

Kaffee und Milchprodukte

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Kaffee, Tee (schwarz)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tasse 125 g
Früchte-/Kräutertee	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tasse 125 g
Dosenmilch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Teelöffel 5,00 g
Zucker	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Teelöffel 5,00 g
Süßstoffe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tabl./Tropf. 0,5 g
Kakao	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tasse 125 g
Trinkmilch 3,5 %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tasse 125 g
Trinkmilch 1,5 %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tasse 125 g
Buttermilch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tasse 125 g
Naturjoghurt 3,5 % Fett	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kleiner Becher 150 g
Naturjoghurt 1,5 % Fett	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kleiner Becher 150 g
Naturjoghurt 0,1 % Fett	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kleiner Becher 150 g
Joghurt mit Fruchtzubereitung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kleiner Becher 150 g

Fleisch- und Wurstwaren

Kotelett, Schnitzel (paniert)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 125 g
Steak, Schnitzel natur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 125 g
Putenschnitzel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 125 g
Hähnchenschnitzel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 125 g
Braten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 125 g
Gulasch, Ragout	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tasse 125 g
Bratwurst	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 100 g
Bockwurst	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 125 g
Fleisch-, Kochwurst	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 100 g
Frikadelle, Klops	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 100 g
1/2 Hähnchen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 370 g
Leber, Herz, Niere	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 125 g
Mett, Gehacktes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 100 g
Tatar, Schabefleisch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 100 g
Speck, Bauchfleisch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Scheibe 50,0 g
Fleischsalat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 50 g

Beilagen, Soßen & Suppen

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Kartoffeln Stück 80,0 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kartoffelpüree Tasse 150 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Klöße, Knödel Stück 80,0 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bratkartoffeln Tasse 120 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Pommes Frites Portion 100 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kartoffelpuffer Stück 70,0 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kartoffelsalat Portion 150 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Reis, gekocht Tasse 100 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nudeln, gekocht Tasse 100 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Pizza, mittelgroß Stück 300 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mehlpfannkuchen Stück 180 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Klare Suppe Teller, 250 ml	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Gebundene Suppe Teller, 250 ml	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Gemüsesuppe, dick Portion, 350 ml	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Soßen hell Portion 60,0 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Soßen dunkel Portion 60,0 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tomatenketchup Portion 20,0 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Hackfleischsoße Esslöffel 20,0 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Käsesoße Portion 60,0 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Gemüse

Gemüse, gebunden Portion 200 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Gemüse, gedünstet Portion 200 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Hülsenfrüchte Portion 200g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tomaten frisch Stück 60,0 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Gurke Stück 100 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rohkostsalat Portion 150 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Blattsalat gemischt Portion 150 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Gemüsepaprika frisch Stück 150 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mohrrübe frisch Stück 150 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Radieschen frisch Stück 15,0 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Sahne-Dressing Esslöffel 30 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Essig-Öl-Marinade Esslöffel 30 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Joghurt-Dressing Esslöffel 30 g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Fisch

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Fisch gekocht oder gedünstet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 150 g
Fisch gebraten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 150 g
Fisch, paniert	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 150 g
Fischstäbchen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 30,0 g
Fischkonserve	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dose 180 g
Fisch, geräuchert	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 70,0 g
Rollmops, Matjes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 90,0 g
Krustentiere	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 100 g
Heringsalat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 50 g

Getränke

Fruchtsaft (100% Frucht)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Glas 200 g
Limonade, Cola	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Glas 200 g
Lightgetränke	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Glas 200 g
Mineralwasser oder Sodastreamer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Glas 200 g
Gemüsesaft	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Glas 200 g
Bier alkoholfrei	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Glas 300 g
Bier	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Glas 300 g
Wein, Sekt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Glas 125 g
Spirituosen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Schnapsglas 20,0 g
Likör, Apfeln	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Schnapsglas 20,0 g

Obst

Apfel, Birne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 125 g
Pfirsich, Nektarine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 125 g
Trauben, Beeren	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 100 g
Orange /Apfelsine	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 150 g
Banane	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 140 g
Trockenobst	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tasse 70,0 g
Kiwi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 45 g
Kirschen, frisch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 125 g
Pflaumen, frisch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 125 g

Kuchen und Dessert

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Obstkuchen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 100 g
Trockenkuchen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 70,0 g
Sahne-, Cremetorte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 120 g
Stückchen, Teilchen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 100 g
Schlagsahne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Esslöffel 20,0 g
Waffeln	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 150 g
Eis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 150 g
Milchpudding	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 150 g
Kompott, Apfelmus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Portion 125 g

Süßwaren und Snacks

Bonbon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 5 g
Kekse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 10 g
Müsliriegel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 50 g
Schokolade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stückchen 20 g
Schokoriegel (z. B. Mars, Nuts)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 60,0 g
Pralinen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 13,0 g
Gummibärchen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Handvoll 15 g
Nüsse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Handvoll 50 g
Salzige Knabbereien	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Handvoll 50 g
Kartoffelchips	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Handvoll 50 g
Studentenfutter mit Erdnüssen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Handvoll 50 g
Negerkuss, mittelgroß	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Stück 20 g

Für Lebensmittel, die nicht in dieser Liste aufgeführt sind

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ggfs. wichtige Anmerkungen für die Auswertung: