



| Zeit u. Ort | Lebensmittel/Getränke (mit Mengenangaben) | Unverträglichkeitssymptome (z.B. Hautreaktionen, Reaktionen im Mundraum/in Atemwegen, Bauchschmerzen, Blähungen, Übelkeit, Durchfall, Erbrechen, Sodbrennen u.a.) | Besonderheiten des Tages (z.B. Stress, Sport...) |
|-------------|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | Getränke-Portionen: (je 250 ml) | | |
| | Stuhlgang: | Hart Weich Flüssig | |
| | So war mein Tag: | | |

Wochentag und Datum:

Name, Vorname:

geb. am:
