



7 TAGE ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

Die Ernährungsexperten von [foodspring](#) analysieren kostenlos deine Ernährung!

7 TAGE ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

Was isst Du, Wann und Wieso isst Du?

Unser Ziel ist es anhand eines Ernährungsprotokolls über volle 7 Tage, einen detaillierten Einblick in Dein Ernährungsverhalten zu bekommen. Oftmals reicht schon das bloße Eintragen der Mahlzeiten aus, um eine Selbstreflexion des eigenen Essverhaltens zu erreichen. Sobald dieses Bewusstsein eingetreten ist, kann die Ernährung nachhaltig optimiert werden. Mithilfe Deines individuellen Ernährungsprotokolls wollen wir Dir Handlungsempfehlungen geben, Verbesserungsvorschläge unterbreiten und Deine Ernährung optimieren

Unser Ziel:

Ein Feedback, mit dem Du ohne große Probleme einlangfristige Ernährungsumstellung anstreben kannst und ein Bewusstsein für Mahlzeiten und Nahrungsmitteln entwickelst.

So funktioniert es:

Trage 7 Tage lang ALLE Mahlzeiten die Du zu Dir nimmst in das Ernährungsprotokoll ein. Sei ehrlich zu Dir selber und notiere alle Mahlzeiten, Snacks oder Getränke die Du zu dir genommen hast – verheimlichen oder Schummeln hilft Dir nicht weiter und erschwert uns die Beratungsleistung. Um Dir ein fundiertes Feedback geben zu können, solltest Du wenn möglich auch die Portionsgrößen der einzelnen Mahlzeiten vermerken (z.B. 100g Vollkornreis oder 150ml Orangensaft). Alle Eintragungen erfolgreich notiert? Nach 7 Tagen schickst Du uns einfach Dein vervollständigtes Ernährungsprotokoll via E-Mail an:



service@foodspring.de



service@foodspring.at



service@foodspring.ch

Innerhalb von wenigen Tagen bekommst Du von uns Dein persönliches Feedback. Wir freuen uns auf Dich! Lass uns gemeinsam an Deinem körperlichen Ziel arbeiten!

Übrigens:

Kennst du schon unseren kostenlosen **BODY CHECK**? Hier kannst du deinen BMI berechnen lassen und erhältst individuell abgestimmte Ernährungs- und Trainingstipps. Die ideale Grundlage für dein Ernährungsprotokoll.

So könnte Dein Frühstück aussehen:

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
Frühstück	3 halbe Weizenbrötchen 50 Gramm Butter 100 Gramm Räucherlachs 1 Apfel kleiner Apfel	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude

DEINE PERSÖNLICHEN ANGABEN

Deine persönlichen Angaben

Name:

Vorname:

Geboren am:

Größe (cm):

Gewicht (1. Tag):

Gewicht (7. Tag):

Ungefähre tägliche Schlafdauer in Stunden:

Beruf:

Raucher

Nichtraucher

Gelegenheitsraucher

Krankheiten, Unverträglichkeiten, Allergien:

Körperliches Ziel

Abnehmen

Gesund sein

Muskelaufbau

Zunehmen

TAG 1

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
Frühstück  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Snack  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Mittagessen  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Zwischenmahlzeit  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Abendessen  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Snack  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude

Sportart	Dauer	Konsum während des Sports (Nahrungsmittel / Getränke)	Belastungsintensität
		 _____	<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch

TAG 2

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
Frühstück  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Snack  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Mittagessen  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Zwischenmahlzeit  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Abendessen  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Snack  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude

Sportart	Dauer	Konsum während des Sports (Nahrungsmittel / Getränke)	Belastungsintensität
		 _____	<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch

TAG 3

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
Frühstück  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Snack  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Mittagessen  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Zwischenmahlzeit  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Abendessen  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Snack  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude

Sportart	Dauer	Konsum während des Sports (Nahrungsmittel / Getränke)	Belastungsintensität
		 _____	<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch

TAG 4

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
Frühstück  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Snack  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Mittagessen  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Zwischenmahlzeit  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Abendessen  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Snack  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude

Sportart	Dauer	Konsum während des Sports (Nahrungsmittel / Getränke)	Belastungsintensität
		 _____	<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch

TAG 5

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
Frühstück  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Snack  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Mittagessen  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Zwischenmahlzeit  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Abendessen  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Snack  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude

Sportart	Dauer	Konsum während des Sports (Nahrungsmittel / Getränke)	Belastungsintensität
		 _____	<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch

TAG 6

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
Frühstück  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Snack  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Mittagessen  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Zwischenmahlzeit  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Abendessen  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Snack  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude

Sportart	Dauer	Konsum während des Sports (Nahrungsmittel / Getränke)	Belastungsintensität
		 _____	<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch

TAG 7

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
Frühstück  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Snack  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Mittagessen  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Zwischenmahlzeit  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Abendessen  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude
Snack  ____ : ____	 _____ _____	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude

Sportart	Dauer	Konsum während des Sports (Nahrungsmittel / Getränke)	Belastungsintensität
		 _____	<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch