Datum:			
Uhrzeit	**Was haben Sie gegessen?** (bitte auch angeben ob Tiefkühlkost, Fertigprodukte bzw. Mikrowelle verwendet wurden) **Was haben Sie getrunken?**	**Wo / wie haben Sie gegessen?** (z.B. zu Hause, U-Bahn, Büro, Restaurant, beim Gehen, beim Fernsehen, aus Langeweile, aus Frust…)	**Beobachtbare körperliche Auswirkungen nach dem Essen** (z.B. Blähungen, Bauchweh, Sodbrennen, Müdigkeit, …)

© www.aivilo.at