Sonstiges

Abendessen

Zwischen-
­mahlzeit/
Snack

Mittagessen

Zwischen-
­mahlzeit/
Snack

Frühstück

**Uhrzeit**

**Lebensmittel/Getränke**

**Anmerkungen/Verbesserungsideen**

Was haben Sie gestern gegessen und getrunken? Bitte notieren Sie alle Lebensmittel und Getränke, die Sie zum Frühstück, zwischendurch, mittags und abends verzehrt haben.

09 24-Stunden-Recall

Datum

Name

Ergänzungen

In Anlehnung an: Ernährungstherapie bei Diabetes mellitus, Bestell-Nr. 1631, Herausgeberin BLE