

Ernährungsstagebuch

Name der Patient:in, des Patienten:

Sehr geehrte Patient:in, sehr geehrter Patient,

die Hauptursache für Übergewicht liegt in unserem Energiehaushalt. Eine unausgewogene Ernährung, fettreiche Fast Food-Snacks, zu üppige Portionen und stark gesüßte Erfrischungsgetränke wirken sich negativ auf unseren Energiehaushalt aus: Es werden deutlich mehr Kalorien zugeführt, als der Körper im Alltag benötigt. Erschwerend kommt hinzu, dass die körperliche Bewegung in den Berufen und oft auch im privaten Bereich deutlich zurückgeht.

Eine viel zu energiereiche Ernährung steht einem hierfür zu geringen Energiebedarf gegenüber. Wird dieses Zuviel an Energie nicht durch Bewegung genutzt, legt der Körper die ungenutzte Energie als Reserven in Fett an.

Um Gesundheitsrisiken zu senken und eine nachhaltige Gewichtsreduktion zu schaffen, wurde ein multimodales Konzept aus Ernährungstherapie, Bewegungstherapie und psychosomatischer Mitbehandlung (Verhalten) entwickelt – für einen Weg aus der Adipositas.

Dieser ganzheitliche Ansatz bedarf einer engen Zusammenarbeit zwischen Ernährungsmediziner:innen, Psycholog:innen, Ernährungs- und Bewegungstherapeut:innen – und der Mitwirkung der Patient:innen. Die drei Bestandteile des Konzepts beinhalten Ernährung, Bewegung und Verhalten.

Das Programm dauert etwa ein Jahr. Es richtet sich nach den anerkannten Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft sowie der medizinischen Fachgesellschaften und der Krankenkassen.

Drei Bestandteile des Therapiekonzepts: **Ernährung** – Bewegung – Psychosomatik

Warum muss ich ein Ernährungstagebuch führen?

Übergewicht entsteht, wenn die Energiezufuhr größer ist als der Energieverbrauch des Körpers. Ihr Bewegungstagebuch bietet Ihnen, Ihren behandelnden Ärzt:innen und auch Ihrer Krankenkasse einen Überblick darüber, in wieweit Sie sich mit dem Thema der Gewichtsreduktion beschäftigt haben. Was jedoch viel wichtiger ist: Es zeigt, wie erfolgreich bzw. erfolglos alle bisherigen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion waren.

Das Führen eines Ernährungstagebuchs ist Teil des multimodalen Konzepts, das aus den drei Bestandteilen Ernährung, Bewegung und Verhalten besteht.

Für einen dauerhaften Erfolg ist es wichtig, dass Sie sowohl die bewusste Ernährung als auch die Bewegung in Ihren Alltag integrieren.

So führen Sie Ihr Ernährungstagebuch

Schreiben Sie in Ihrem Ernährungstagebuch alle Abnehmversuche auf, die Sie bereits unternommen haben. Dazu zählen:

- Diäten: z. B. Brigitte-Diät, Atkins-Diät, Weight Watchers, FDH, BCM oder Almased
- Kuren und Reha-Maßnahmen, die aufgrund eines Übergewichts erfolgten:
z. B. INSULA oder psychosomatische Einrichtungen, die auf Essstörungen spezialisiert sind
- Adipositas-Programme: z. B. Doc Weight, M.O.B.I.L.E.S., Optifast-Programme, Formula-Diät, INA = Ich nehme ab, Mobi Dick oder Myland
- Ernährungsprogramme: z. B. Diabetiker-Schulungen
- Medikamentöse Therapien: z. B. Victoza, Byetta, Foxiga oder BCM

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

Weight Watchers

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Musterstraße 2, Max Mustermann

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle: ja nein

Im Zeitraum von: 12.05. bis 12.12.2023.

Belege: ja nein

Ausgangsgewicht: _____ kg

Bewegung in dieser Zeit: ja nein

Gewichtsverlust: _____ kg

Endgewicht: _____ kg

Notieren Sie in Ihrem Ernährungstagebuch alles, was Sie essen und trinken. Es ist wichtig, dass Sie nichts weglassen – nur so ist eine genaue Auskunft über die Menge und Art der Lebensmittel möglich. Und nur so ist es den Diätassistent:innen/Oecotropholog:innen möglich, Ihre individuelle Energieaufnahme des Tages sowie Alternativen vor und nach einer Adipositas-Operation zu ermitteln.

Wenn Sie die folgenden Fragen beantworten, können Sie sicher gehen, Ihr Tagebuch richtig auszufüllen:

- Wann essen/trinken Sie etwas?
- Was essen/trinken Sie?
- Wie viel essen/trinken Sie davon?
Bitte machen Sie eine genaue Angabe über die Mengen. Zum Beispiel:
1 Scheibe Vollkornbrot mit 2 Scheiben Gouda 45% F.i.Tr., 5 EL Nudeln oder 3 hühnereigroße (Gr. M) Kartoffeln, 250ml = 1 Tasse Kaffee, 100ml = 1 kl. Glas Wasser usw. Hilfreich ist es auch, wenn Sie die Produktnamen oder Hersteller notieren.
- Haben Sie Beschwerden?
- Wo essen Sie? Zu Hause, in der Kantine, im Restaurant? Am Esstisch, vor dem Fernseher?

Sinnvoll ist, das Essen und Trinken gleich nach der Mahlzeit zu notieren – am Ende des Tages geraten die Lebensmittel und Mengen häufig in Vergessenheit.

Datum: _____ Wochentag: _____ <input type="checkbox"/> Arbeitstag <input type="checkbox"/> Urlaubstag <input type="checkbox"/> Krankheit Name: _____						
Tageszeit/ Ort	Lebensmittel	Menge (z.B. ml, g, etc.)	Aus- gangs- gewicht	Wie fühlen Sie sich? 😊 😐 😞	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1 - 5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)
Frühstück	<i>Helles Brötchen Quark Magerstufe Marmelade Milch 1,5 % Fett Kaffee</i>	<i>1 3 EL 2 TL 150 ml 4 Becher</i>				
Zwischen- mahlzeit	<i>Schwarzbrot Schinkenwurst</i>	<i>2 Scheiben 2 Scheiben</i>				
Mittagessen						
Zwischen- mahlzeit						
Abendessen						

Nachweis über Diätlebenslauf (möglichst chronologisch)

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle: ja nein

Im Zeitraum von: _____ bis _____

Belege: ja nein

Ausgangsgewicht: _____ kg

Bewegung in dieser Zeit: ja nein

Gewichtsverlust: _____ kg

Endgewicht: _____ kg

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle: ja nein

Im Zeitraum von: _____ bis _____

Belege: ja nein

Ausgangsgewicht: _____ kg

Bewegung in dieser Zeit: ja nein

Gewichtsverlust: _____ kg

Endgewicht: _____ kg

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle: ja nein

Im Zeitraum von: _____ bis _____

Belege: ja nein

Ausgangsgewicht: _____ kg

Bewegung in dieser Zeit: ja nein

Gewichtsverlust: _____ kg

Endgewicht: _____ kg

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle: ja nein

Im Zeitraum von: _____ bis _____

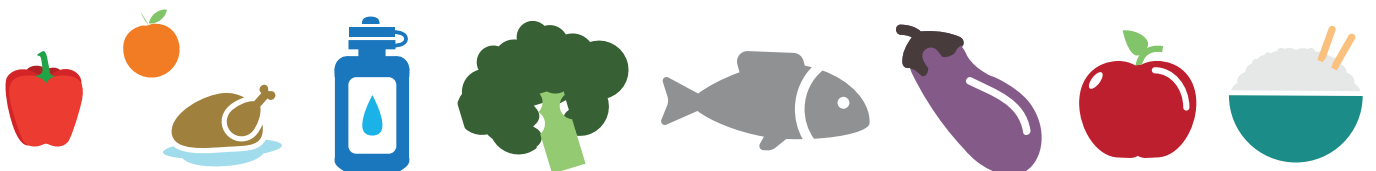
Belege: ja nein

Ausgangsgewicht: _____ kg

Bewegung in dieser Zeit: ja nein

Gewichtsverlust: _____ kg

Endgewicht: _____ kg



Nachweis über Diätlebenslauf (möglichst chronologisch)

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle: ja nein

Im Zeitraum von: _____ bis _____

Belege: ja nein

Ausgangsgewicht: _____ kg

Bewegung in dieser Zeit: ja nein

Gewichtsverlust: _____ kg

Endgewicht: _____ kg

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle: ja nein

Im Zeitraum von: _____ bis _____

Belege: ja nein

Ausgangsgewicht: _____ kg

Bewegung in dieser Zeit: ja nein

Gewichtsverlust: _____ kg

Endgewicht: _____ kg

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle: ja nein

Im Zeitraum von: _____ bis _____

Belege: ja nein

Ausgangsgewicht: _____ kg

Bewegung in dieser Zeit: ja nein

Gewichtsverlust: _____ kg

Endgewicht: _____ kg

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle: ja nein

Im Zeitraum von: _____ bis _____

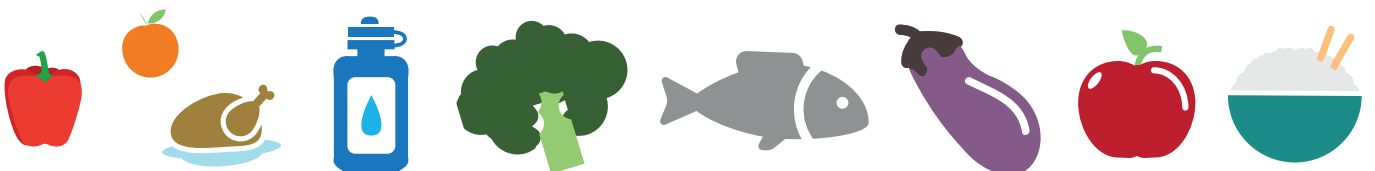
Belege: ja nein

Ausgangsgewicht: _____ kg

Bewegung in dieser Zeit: ja nein

Gewichtsverlust: _____ kg

Endgewicht: _____ kg



Nachweis über Diätlebenslauf (möglichst chronologisch)

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle: ja nein

Im Zeitraum von: _____ bis _____

Belege: ja nein

Ausgangsgewicht: _____ kg

Bewegung in dieser Zeit: ja nein

Gewichtsverlust: _____ kg

Endgewicht: _____ kg

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle: ja nein

Im Zeitraum von: _____ bis _____

Belege: ja nein

Ausgangsgewicht: _____ kg

Bewegung in dieser Zeit: ja nein

Gewichtsverlust: _____ kg

Endgewicht: _____ kg

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle: ja nein

Im Zeitraum von: _____ bis _____

Belege: ja nein

Ausgangsgewicht: _____ kg

Bewegung in dieser Zeit: ja nein

Gewichtsverlust: _____ kg

Endgewicht: _____ kg

Diäten / Kurse: Was wurde unternommen?

z.B. Weight Watchers, Doc Weight, Kochkurs

Wo erfolgte die Maßnahme?

Ort, Straße, Ansprechpartner:in

Ärztliche Kontrolle: ja nein

Im Zeitraum von: _____ bis _____

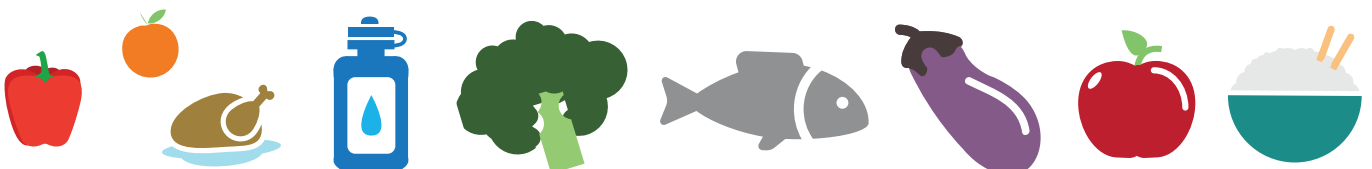
Belege: ja nein

Ausgangsgewicht: _____ kg

Bewegung in dieser Zeit: ja nein

Gewichtsverlust: _____ kg

Endgewicht: _____ kg



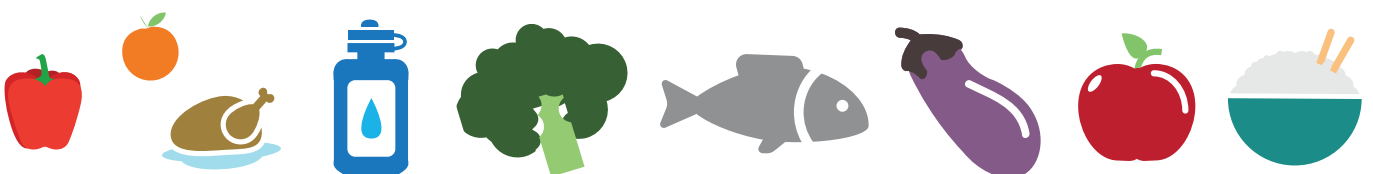
Ernährungstagebuch

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit Name: _____

Tageszeit/ Ort	Lebensmittel	Menge (z.B. ml, g, etc.)	Aus- gangs- gewicht	Wie fühlen Sie sich? 😊 😐 😞	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1 - 5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)
Frühstück						
Zwischen- mahlzeit						
Mittagessen						
Zwischen- mahlzeit						
Abendessen						

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit Name: _____

Tageszeit/ Ort	Lebensmittel	Menge (z.B. ml, g, etc.)	Aus- gangs- gewicht	Wie fühlen Sie sich? 😊 😐 😞	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1 - 5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)
Frühstück						
Zwischen- mahlzeit						
Mittagessen						
Zwischen- mahlzeit						
Abendessen						



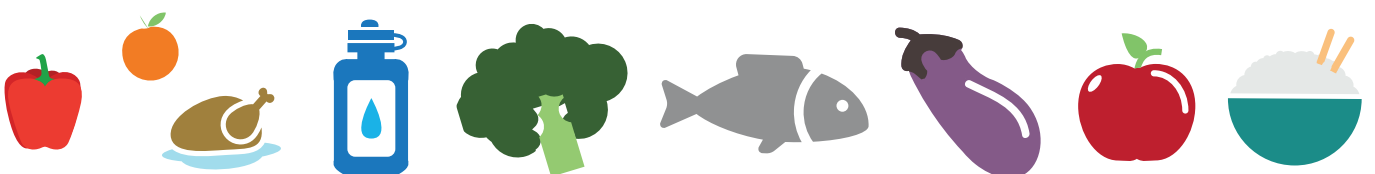
Ernährungstagebuch

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit Name: _____

Tageszeit/ Ort	Lebensmittel	Menge (z.B. ml, g, etc.)	Aus- gangs- gewicht	Wie fühlen Sie sich? 😊 😐 😞	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1 - 5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)
Frühstück						
Zwischen- mahlzeit						
Mittagessen						
Zwischen- mahlzeit						
Abendessen						

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit Name: _____

Tageszeit/ Ort	Lebensmittel	Menge (z.B. ml, g, etc.)	Aus- gangs- gewicht	Wie fühlen Sie sich? 😊 😐 😞	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1 - 5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)
Frühstück						
Zwischen- mahlzeit						
Mittagessen						
Zwischen- mahlzeit						
Abendessen						



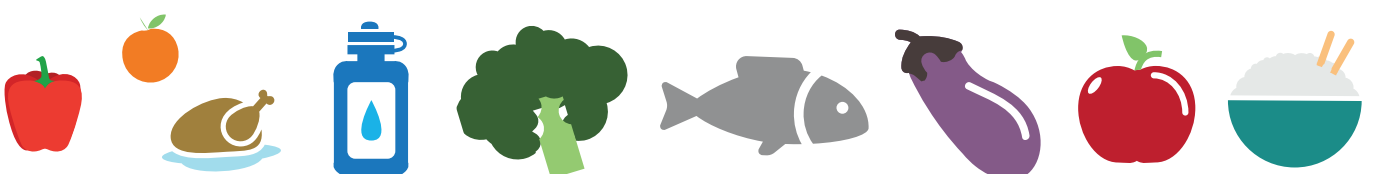
Ernährungstagebuch

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit Name: _____

Tageszeit/ Ort	Lebensmittel	Menge (z.B. ml, g, etc.)	Aus- gangs- gewicht	Wie fühlen Sie sich? 😊 😐 😞	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1 - 5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)
Frühstück						
Zwischen- mahlzeit						
Mittagessen						
Zwischen- mahlzeit						
Abendessen						

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit Name: _____

Tageszeit/ Ort	Lebensmittel	Menge (z.B. ml, g, etc.)	Aus- gangs- gewicht	Wie fühlen Sie sich? 😊 😐 😞	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1 - 5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)
Frühstück						
Zwischen- mahlzeit						
Mittagessen						
Zwischen- mahlzeit						
Abendessen						



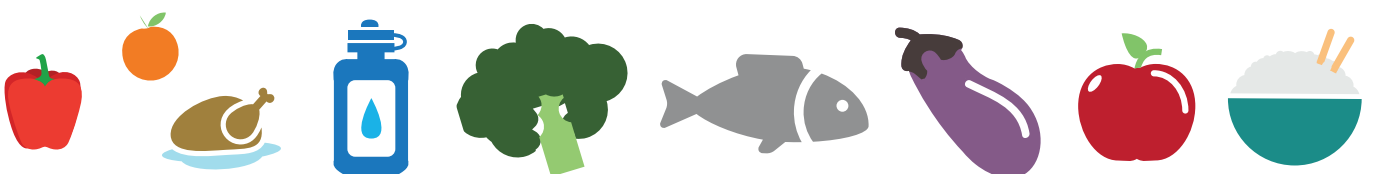
Ernährungstagebuch

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit Name: _____

Tageszeit/ Ort	Lebensmittel	Menge (z.B. ml, g, etc.)	Aus- gangs- gewicht	Wie fühlen Sie sich? 😊 😐 😞	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1 - 5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)
Frühstück						
Zwischen- mahlzeit						
Mittagessen						
Zwischen- mahlzeit						
Abendessen						

Datum: _____ Wochentag: _____ Arbeitstag Urlaubstag Krankheit Name: _____

Tageszeit/ Ort	Lebensmittel	Menge (z.B. ml, g, etc.)	Aus- gangs- gewicht	Wie fühlen Sie sich? 😊 😐 😞	Sport, Stress etc.	Beschwerden mit Uhrzeit des Auftretens und Bewertung (Note 1 - 5, 1 = gering; 6 = sehr schlecht)
Frühstück						
Zwischen- mahlzeit						
Mittagessen						
Zwischen- mahlzeit						
Abendessen						



Universitäres Adipositas-Centrum

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistraße 52, 20246 Hamburg | Gebäude O10, Erdgeschoss, Gang A

Telefon: (040) 7410 - 28599 | E-Mail: adipositas@uke.de

Im Falle eines akuten Notfalls erreichen Sie uns werktags in der Zeit von
10.00 bis 16.00 Uhr unter der Mobilfunknummer: 01522 - 2815 245

oder 24 Stunden über unsere Notfallambulanz: (040) 7410 - 35000

www.uke.de/adipositas