

Datum: ____/____/____



Wie war meine Schlafqualität?

- Super
- Gut
- Nicht so gut
- Schlecht



Wie war meine Stimmung heute?

- Super
- Gut
- Nicht so gut
- Schlecht



Wie war meine Konzentration?

- Super
- Gut
- Nicht so gut
- Schlecht



Ich habe heute...

- keinen Zucker gegessen
- kein Getreide gegessen
- überwiegend gute Fette konsumiert
- wenig bis gar kein Obst gegessen

Das habe ich heute gegessen

Frühstück:

Mittags:

Abends:

Snack (optional):