Low-FODMAP-Ernährungs- und Symptomtagebuch (2 Wochen)

Zwei Wochen Mahlzeiten, Beschwerden und Stuhlform auf Papier, zum Zurückblättern oder zum Mitnehmen zu einem Termin.

SO GEHT ES

1. **Schreibe es bald nach dem Ereignis auf.** Die Erinnerung verblasst schon nach einem Tag, vor allem bei Mengen und Uhrzeiten.
2. **Mahlzeiten und Getränke:** Uhrzeit, was es war und ungefähr wie viel. Bist du bei einer Zutat unsicher, schreib das dazu.
3. **Beschwerden:** Uhrzeit des Beginns und Stärke von 0 (keine) bis 10 (am stärksten).
4. **Stuhlgang:** Uhrzeit und Bristol-Typ von Seite 2.
5. **Umstände:** Schlaf, Stress, Bewegung, Medikamente, Reisen oder alles Ungewöhnliche.
6. **Fülle auch die guten Tage aus.** Mit ihnen vergleichst du die schwierigeren Tage.
7. **Halte es machbar.** Wird ein Feld zur Last, lass es weg und frag deine Ernährungsfachkraft, was sie sehen möchte.

Wichtiger Hinweis.

Bloat Gone ist kein Medizinprodukt. Die App stellt keine Diagnosen, behandelt keine Krankheiten und beugt ihnen nicht vor. Sie ersetzt keine ärztliche Beratung. Führe eine Low-FODMAP-Diät mit Unterstützung einer Ärztin, eines Arztes oder einer Ernährungsfachkraft durch.

Ein Tagebuch hält fest, was dir aufgefallen ist; es kann nicht zeigen, dass ein Lebensmittel deine Beschwerden verursacht hat. Bei ungeklärtem Gewichtsverlust, Blutungen aus dem Enddarm oder blutigem Durchfall, einer harten Schwellung im Bauch oder Atemnot mit Herzklopfen und ungewöhnlich blasser Haut such bitte dringend ärztlichen Rat, statt auf einen Termin zu warten.

MEINE ANGABEN (FREIWILLIG)

Startdatum: _____ Ernährungsfachkraft oder Ärztin/Arzt: _____

Bristol-Stuhlskala

Trage die Nummer des Typs ein, der am besten passt. Liegt dein Stuhl zwischen zwei Typen, nimm einen und ergänze eine Notiz.

1	Einzelne harte Kügelchen
2	Klumpiger, wurstförmiger Stuhl
3	Wurstförmig mit Rissen
4	Glatt und weich, wurst- oder schlangenförmig
5	Weiche Klümpchen mit klaren Rändern
6	Breiig mit ausgefransten Rändern
7	Wässrig, ohne feste Bestandteile

Die Typen 1 und 2 werden üblicherweise dem Bereich Verstopfung zugeordnet, 3 bis 5 dem üblichen Bereich und 6 und 7 dem Bereich Durchfall. Quellen unterscheiden sich leicht bei den Grenzen. Quelle: Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. Scand J Gastroenterol 1997;32:920-924.

SKALA FÜR BESCHWERDEN

0 = keine 1 bis 3 = leicht 4 bis 6 = mittel 7 bis 10 = stark. Verwende die Zahlen jeden Tag gleich, damit sie vergleichbar bleiben.

BEISPIELEINTRAG

Uhrzeit	Was	Notizen
12:30	Pasta im Restaurant mit Tomatensoße	Unsicher wegen Knoblauch oder Zwiebel
15:00	Blähungen 6, Gase 4	Begannen etwa 2,5 Stunden nach dem Mittagessen
21:30	Bristol-Typ 6	Schlecht geschlafen in der Nacht davor

Ein ausgedachtes Beispiel, das den hilfreichen Detailgrad zeigt. Keine Empfehlung, was du essen sollst.

Tag 1 von 14

Datum: _____ Wochentag: _____

MAHLZEITEN UND GETRÄNKE

Uhrzeit	Was ich gegessen und getrunken habe (Zutaten, wenn bekannt)	Menge

BESCHWERDEN

0 = keine, 10 = am stärksten. Schreibe auf, wann jede begonnen hat.

Uhrzeit	Blähungen	Gase	Schmerzen	Stuhldrang	Sonstiges und Notizen

STUHLGANG

Bristol-Typ 1 bis 7, siehe Seite 2

Uhrzeit	Typ	Notizen

UMSTÄNDE

Schlaf (Stunden, Qualität): _____

Stress (0 bis 10): _____ Bewegung: _____

Medikamente und Supplements (mit Dosierung): _____

Etwas Ungewöhnliches (Reise, Krankheit, Periode, neues Rezept): _____

Tag 2 von 14

Datum: _____ Wochentag: _____

MAHLZEITEN UND GETRÄNKE

Uhrzeit	Was ich gegessen und getrunken habe (Zutaten, wenn bekannt)	Menge

BESCHWERDEN

0 = keine, 10 = am stärksten. Schreibe auf, wann jede begonnen hat.

Uhrzeit	Blähungen	Gase	Schmerzen	Stuhldrang	Sonstiges und Notizen

STUHLGANG

Bristol-Typ 1 bis 7, siehe Seite 2

Uhrzeit	Typ	Notizen

UMSTÄNDE

Schlaf (Stunden, Qualität): _____

Stress (0 bis 10): _____ Bewegung: _____

Medikamente und Supplements (mit Dosierung): _____

Etwas Ungewöhnliches (Reise, Krankheit, Periode, neues Rezept): _____

Tag 3 von 14

Datum: _____ Wochentag: _____

MAHLZEITEN UND GETRÄNKE

Uhrzeit	Was ich gegessen und getrunken habe (Zutaten, wenn bekannt)	Menge

BESCHWERDEN

0 = keine, 10 = am stärksten. Schreibe auf, wann jede begonnen hat.

Uhrzeit	Blähungen	Gase	Schmerzen	Stuhldrang	Sonstiges und Notizen

STUHLGANG

Bristol-Typ 1 bis 7, siehe Seite 2

Uhrzeit	Typ	Notizen

UMSTÄNDE

Schlaf (Stunden, Qualität): _____

Stress (0 bis 10): _____ Bewegung: _____

Medikamente und Supplements (mit Dosierung): _____

Etwas Ungewöhnliches (Reise, Krankheit, Periode, neues Rezept): _____

Tag 4 von 14

Datum: _____ Wochentag: _____

MAHLZEITEN UND GETRÄNKE

Uhrzeit	Was ich gegessen und getrunken habe (Zutaten, wenn bekannt)	Menge

BESCHWERDEN

0 = keine, 10 = am stärksten. Schreibe auf, wann jede begonnen hat.

Uhrzeit	Blähungen	Gase	Schmerzen	Stuhldrang	Sonstiges und Notizen

STUHLGANG

Bristol-Typ 1 bis 7, siehe Seite 2

Uhrzeit	Typ	Notizen

UMSTÄNDE

Schlaf (Stunden, Qualität): _____

Stress (0 bis 10): _____ Bewegung: _____

Medikamente und Supplements (mit Dosierung): _____

Etwas Ungewöhnliches (Reise, Krankheit, Periode, neues Rezept): _____

Tag 5 von 14

Datum: _____ Wochentag: _____

MAHLZEITEN UND GETRÄNKE

Uhrzeit	Was ich gegessen und getrunken habe (Zutaten, wenn bekannt)	Menge

BESCHWERDEN

0 = keine, 10 = am stärksten. Schreibe auf, wann jede begonnen hat.

Uhrzeit	Blähungen	Gase	Schmerzen	Stuhldrang	Sonstiges und Notizen

STUHLGANG

Bristol-Typ 1 bis 7, siehe Seite 2

Uhrzeit	Typ	Notizen

UMSTÄNDE

Schlaf (Stunden, Qualität): _____

Stress (0 bis 10): _____ Bewegung: _____

Medikamente und Supplements (mit Dosierung): _____

Etwas Ungewöhnliches (Reise, Krankheit, Periode, neues Rezept): _____

Tag 6 von 14

Datum: _____ Wochentag: _____

MAHLZEITEN UND GETRÄNKE

Uhrzeit	Was ich gegessen und getrunken habe (Zutaten, wenn bekannt)	Menge

BESCHWERDEN

0 = keine, 10 = am stärksten. Schreibe auf, wann jede begonnen hat.

Uhrzeit	Blähungen	Gase	Schmerzen	Stuhldrang	Sonstiges und Notizen

STUHLGANG

Bristol-Typ 1 bis 7, siehe Seite 2

Uhrzeit	Typ	Notizen

UMSTÄNDE

Schlaf (Stunden, Qualität): _____

Stress (0 bis 10): _____ Bewegung: _____

Medikamente und Supplements (mit Dosierung): _____

Etwas Ungewöhnliches (Reise, Krankheit, Periode, neues Rezept): _____

Tag 7 von 14

Datum: _____ Wochentag: _____

MAHLZEITEN UND GETRÄNKE

Uhrzeit	Was ich gegessen und getrunken habe (Zutaten, wenn bekannt)	Menge

BESCHWERDEN

0 = keine, 10 = am stärksten. Schreibe auf, wann jede begonnen hat.

Uhrzeit	Blähungen	Gase	Schmerzen	Stuhldrang	Sonstiges und Notizen

STUHLGANG

Bristol-Typ 1 bis 7, siehe Seite 2

Uhrzeit	Typ	Notizen

UMSTÄNDE

Schlaf (Stunden, Qualität): _____

Stress (0 bis 10): _____ Bewegung: _____

Medikamente und Supplements (mit Dosierung): _____

Etwas Ungewöhnliches (Reise, Krankheit, Periode, neues Rezept): _____

Tag 8 von 14

Datum: _____ Wochentag: _____

MAHLZEITEN UND GETRÄNKE

Uhrzeit	Was ich gegessen und getrunken habe (Zutaten, wenn bekannt)	Menge

BESCHWERDEN

0 = keine, 10 = am stärksten. Schreibe auf, wann jede begonnen hat.

Uhrzeit	Blähungen	Gase	Schmerzen	Stuhldrang	Sonstiges und Notizen

STUHLGANG

Bristol-Typ 1 bis 7, siehe Seite 2

Uhrzeit	Typ	Notizen

UMSTÄNDE

Schlaf (Stunden, Qualität): _____

Stress (0 bis 10): _____ Bewegung: _____

Medikamente und Supplements (mit Dosierung): _____

Etwas Ungewöhnliches (Reise, Krankheit, Periode, neues Rezept): _____

Tag 9 von 14

Datum: _____ Wochentag: _____

MAHLZEITEN UND GETRÄNKE

Uhrzeit	Was ich gegessen und getrunken habe (Zutaten, wenn bekannt)	Menge

BESCHWERDEN

0 = keine, 10 = am stärksten. Schreibe auf, wann jede begonnen hat.

Uhrzeit	Blähungen	Gase	Schmerzen	Stuhldrang	Sonstiges und Notizen

STUHLGANG

Bristol-Typ 1 bis 7, siehe Seite 2

Uhrzeit	Typ	Notizen

UMSTÄNDE

Schlaf (Stunden, Qualität): _____

Stress (0 bis 10): _____ Bewegung: _____

Medikamente und Supplements (mit Dosierung): _____

Etwas Ungewöhnliches (Reise, Krankheit, Periode, neues Rezept): _____

Tag 10 von 14

Datum: _____ Wochentag: _____

MAHLZEITEN UND GETRÄNKE

Uhrzeit	Was ich gegessen und getrunken habe (Zutaten, wenn bekannt)	Menge

BESCHWERDEN

0 = keine, 10 = am stärksten. Schreibe auf, wann jede begonnen hat.

Uhrzeit	Blähungen	Gase	Schmerzen	Stuhldrang	Sonstiges und Notizen

STUHLGANG

Bristol-Typ 1 bis 7, siehe Seite 2

Uhrzeit	Typ	Notizen

UMSTÄNDE

Schlaf (Stunden, Qualität): _____

Stress (0 bis 10): _____ Bewegung: _____

Medikamente und Supplements (mit Dosierung): _____

Etwas Ungewöhnliches (Reise, Krankheit, Periode, neues Rezept): _____

Tag 11 von 14

Datum: _____ Wochentag: _____

MAHLZEITEN UND GETRÄNKE

Uhrzeit	Was ich gegessen und getrunken habe (Zutaten, wenn bekannt)	Menge

BESCHWERDEN

0 = keine, 10 = am stärksten. Schreibe auf, wann jede begonnen hat.

Uhrzeit	Blähungen	Gase	Schmerzen	Stuhldrang	Sonstiges und Notizen

STUHLGANG

Bristol-Typ 1 bis 7, siehe Seite 2

Uhrzeit	Typ	Notizen

UMSTÄNDE

Schlaf (Stunden, Qualität): _____

Stress (0 bis 10): _____ Bewegung: _____

Medikamente und Supplements (mit Dosierung): _____

Etwas Ungewöhnliches (Reise, Krankheit, Periode, neues Rezept): _____

Tag 12 von 14

Datum: _____ Wochentag: _____

MAHLZEITEN UND GETRÄNKE

Uhrzeit	Was ich gegessen und getrunken habe (Zutaten, wenn bekannt)	Menge

BESCHWERDEN

0 = keine, 10 = am stärksten. Schreibe auf, wann jede begonnen hat.

Uhrzeit	Blähungen	Gase	Schmerzen	Stuhldrang	Sonstiges und Notizen

STUHLGANG

Bristol-Typ 1 bis 7, siehe Seite 2

Uhrzeit	Typ	Notizen

UMSTÄNDE

Schlaf (Stunden, Qualität): _____

Stress (0 bis 10): _____ Bewegung: _____

Medikamente und Supplements (mit Dosierung): _____

Etwas Ungewöhnliches (Reise, Krankheit, Periode, neues Rezept): _____

Tag 13 von 14

Datum: _____ Wochentag: _____

MAHLZEITEN UND GETRÄNKE

Uhrzeit	Was ich gegessen und getrunken habe (Zutaten, wenn bekannt)	Menge

BESCHWERDEN

0 = keine, 10 = am stärksten. Schreibe auf, wann jede begonnen hat.

Uhrzeit	Blähungen	Gase	Schmerzen	Stuhldrang	Sonstiges und Notizen

STUHLGANG

Bristol-Typ 1 bis 7, siehe Seite 2

Uhrzeit	Typ	Notizen

UMSTÄNDE

Schlaf (Stunden, Qualität): _____

Stress (0 bis 10): _____ Bewegung: _____

Medikamente und Supplements (mit Dosierung): _____

Etwas Ungewöhnliches (Reise, Krankheit, Periode, neues Rezept): _____

Tag 14 von 14

Datum: _____ Wochentag: _____

MAHLZEITEN UND GETRÄNKE

Uhrzeit	Was ich gegessen und getrunken habe (Zutaten, wenn bekannt)	Menge

BESCHWERDEN

0 = keine, 10 = am stärksten. Schreibe auf, wann jede begonnen hat.

Uhrzeit	Blähungen	Gase	Schmerzen	Stuhldrang	Sonstiges und Notizen

STUHLGANG

Bristol-Typ 1 bis 7, siehe Seite 2

Uhrzeit	Typ	Notizen

UMSTÄNDE

Schlaf (Stunden, Qualität): _____

Stress (0 bis 10): _____ Bewegung: _____

Medikamente und Supplements (mit Dosierung): _____

Etwas Ungewöhnliches (Reise, Krankheit, Periode, neues Rezept): _____

Notizen für meinen Termin

Muster, die dir aufgefallen sind, Fragen und alles, was du dir merken möchtest.

Lieber auf dem Smartphone?

Bloat Gone führt Mahlzeiten, Beschwerden und Bristol-Typen auf einer Zeitleiste mit Datum zusammen und exportiert für den gewählten Zeitraum einen Bericht als PDF oder XLSX.

App Store | **Google Play**

Kostenlos im App Store und bei Google Play herunterladen.
Scanne den Code, um die Seite mit beiden Store-Links zu öffnen, oder besuche bloatgone.app/de/ibs-food-diary