

S4 Text. Questionnaires in German.

Tagebuch zur Selbstbeobachtung

Name: _____

Zimmernummer: _____

Aufenthalt von: _____ bis: _____

Liebe Patientinnen und Patienten,
liebe Gäste,

die Umstellung des Stoffwechsels durch das Fasten oder eine kalorienreduzierte vegetarische Diät kann sich auf das persönliche Befinden auswirken. Mit Hilfe dieses Tagebuchs können die Wirkungen erfasst und besser verstanden werden. Außerdem kann es dazu dienen, die Therapieempfehlungen in Zukunft zu optimieren.

Nur eine lückenlose Dokumentation erlaubt es Zusammenhänge zu erkennen. Daher bitten wir Sie, das Tagebuch täglich, möglichst abends, detailgetreu auszufüllen.

Zudem bitten wir Sie, folgende Angaben zu machen:

1. Lebensstil – vor dem Aufenthalt (S. 7)
2. Lebensstil – während des Aufenthalts (S. 53)
3. Fragen am Ende des Aufenthalts (S. 52)

Geben Sie bitte am Abreisetag das vollständig ausgefüllte Tagebuch an Ihre Stationsschwester zurück.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Dr. Françoise Wilhelmi de Toledo und
das wissenschaftliche Team der Klinik Buchinger Wilhelmi

Anleitung:

- Datum:
Bitte tragen Sie als erstes das Datum ein. Der erste Tag entspricht dem Anreisetag.
- Kostform:
Die zutreffende Kostform für den aktuellen Tag wird mit einem Kreuz markiert und die zugehörigen Angaben gegebenenfalls angekreuzt. Bitte markieren Sie nicht zutreffende Aussagen mit einem Kreuz im Nein-Feld.
- Ketonkörper:
Messen Sie die Ketonkörper mit Hilfe der Ketostix im ersten Morgenurin und geben Sie das Resultat im vorgesehenen Feld an. Bitte beachten Sie, dass nur ein Wert angegeben werden kann.
- Körperliches und psychisch-seelisches Befinden:
Beurteilen Sie intuitiv Ihr körperliches und emotionales Befinden auf einer Skala zwischen 0 und 10. Bitte legen Sie sich auf einen Wert fest.
- Beschwerden:
Falls keine Beschwerden aufgetreten sind, kreuzen Sie bitte Nein an. Falls doch, markieren Sie Ja und wählen ein bzw. mehrere Beschwerden, die aufgetreten sind.
- Wohlbefinden am heutigen Tag:
Schätzen Sie, wie häufig jede der aufgeführten Aussagen am heutigen Tag auftrat und markieren Sie eine Zahl zwischen 0 und 5.

Beispieltag: Montag, 18.01.16

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte

andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | <input checked="" type="checkbox"/> | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|--|---------------------|-----------|---------------------------------------|------------------------------------|--------------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



Lebensstil – vor dem Aufenthalt

Stress-/Entspannungsniveau:

bedrohliche
Anspannung

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

total
entspannt

Nikotin: nein Zigaretten/Tag:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

nein Zigarren/Tag:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Alkohol: nein Bier: Gläser (0,5 l)/Woche:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

nein Wein: Gläser (0,25 l)/Woche:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

nein Schnaps: Gläser (2 cl)/Woche:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Kaffee: nein Tassen/Tag:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Medien: nein Smartphone (h/Woche):

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

nein TV (h/Woche):

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

nein PC (h/Woche):

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sport/ nein ja: h/Woche:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

,

| |
|--|
| |
|--|

Bewegung:

In den letzten
zwei Wochen
vor meinem Aufenthalt...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|---|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1. Tag (Anreise): _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|--|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|--|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|---|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|--|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ... war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|---|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

6. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|--|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|---|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

8. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|---|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|---|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|---|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|---|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

12. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|---|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

13. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|--|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

14. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|---|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

15. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|--|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

16. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|---|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

17. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|--|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

18. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Essdrang |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|--|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ... war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

19. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|---|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

20. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|--|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

21. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|--|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

22. Tag: _____

Ketonkörper (mg/dl): 0 5 15 40 80 160

Diät: 800 kcal 1.200 kcal 1.800 kcal

Zusätze: nein Fisch

andere: _____

Entlastungstag: Reis Kartoffel/Gemüse

Früchte andere: _____

Fasten: Honig nein ja

mittags: Saft (¼ l) nein ja

Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

abends: Gemüsebrühe (¼ l) nein ja

Zusätze: nein Kousmine Kousmine vegan

Joghurt Haferschleim

Reisschleim Karottensaft

grüner Tee schwarzer Tee

andere: _____

Fastenbrechen

Aufbautag: 1 2 3 4

Körperliches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

Psychisch-seelisches Befinden:

sehr schlecht

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

hervorragend

In der Klinik neu aufgetretene Beschwerden: nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch (fragen Sie die Schwester) | <input type="checkbox"/> Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Trockener Mund |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wadenkrämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Unruhige Beine |
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Obstipation |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Essdrang |

Am heutigen Tag...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|--|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Fragen am Ende des Aufenthalts

- 1) Hatten Sie zu Beginn des Aufenthalts eine gesundheitliche Hauptbeschwerde?

nein

ja, welche? _____

Wie hat sich diese seit Aufenthaltsbeginn zu heute verändert?

sehr viel schlechter

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

 sehr viel besser

- 2) Sie haben sich während des Aufenthalts einer Fastentherapie bzw. einer Diät unterzogen.

Wie würden Sie diese bewerten?

es war fast nicht durchzuhalten

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

 ein großartiges Erlebnis

- 3) Wenn Sie Ihren Aufenthalt bei Buchinger Wilhelmi mit einer üblichen Urlaubsreise oder einem anderen Erholungsurlaub vergleichen, war dieser:

weniger erholsam

gleich erholsam

stärker erholsam

- 4) Die Länge Ihres Aufenthalts empfanden Sie als:

zu kurz

genau richtig

zu lang

- 5) Falls Sie gefastet haben, hätten Sie am letzten Fastentag gerne länger gefastet?

nein

ja

Lebensstil – während des Aufenthalts

Stress-/Entspannungsniveau:

bedrohliche
Anspannung

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

total
entspannt

Nikotin: nein Zigaretten/Tag:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

nein Zigarren/Tag:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Alkohol: nein Bier: Gläser (0,5 l)/Woche:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

nein Wein: Gläser (0,25 l)/Woche:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

nein Schnaps: Gläser (2 cl)/Woche:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Kaffee: nein Tassen/Tag:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Medien: nein Smartphone (h/Woche):

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

nein TV (h/Woche):

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

nein PC (h/Woche):

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Sport/ nein ja: h/Woche:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

,

| |
|--|
| |
|--|

Bewegung:

In den letzten
Wochen...

| | zu keinem Zeitpunkt | ab und zu | etwas weniger als die Hälfte der Zeit | etwas mehr als die Hälfte der Zeit | meistens | die ganze Zeit |
|---|------------------------|-----------|--|---------------------------------------|----------|----------------|
| ...war ich froh und guter Laune | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



BITTE GEBEN SIE
DIESES AUSGEFÜLLTE
TAGEBUCH AM
ABREISETAG AN IHRE
STATIONSSCHWESTER
ZURÜCK!

VIELEN DANK!

Die Beantwortung der folgenden Fragen ist für die wissenschaftliche Dokumentation nicht erforderlich, hilft jedoch der Klinik Buchinger Wilhelmi ihr Angebot immer besser zu gestalten:

Wie empfanden Sie das Ausfüllen dieses Heftchens?

Hätten Sie Verbesserungsvorschläge?

Hat der Aufenthalt Ihre Erwartungen erfüllt?

Welchen Einfluss, glauben Sie, wird der Aufenthalt auf Ihr Leben haben?

Brauchen Sie die Unterstützung einer Ernährungsberaterin im Alltag? Hier unser Skype-Angebot: „Feel well after Buchinger Wilhelmi“

E-Mail: nutrition@buchinger-wilhelmi.com

Vielen Dank und auf Wiedersehen!

Wir freuen uns, Sie in zwei Wochen, drei und elf Monaten anzuschreiben, um zu erfahren wie es Ihnen geht.

Gute Heimfahrt!

Follow up Buchinger Wilhelmi