

Ernährungstagebuch

NuSTEPS: Nutritional Status and dietary Effects on Phosphorous metabolism and clinical Symptoms in Hypophosphatasia

Hinweise zum Ausfüllen des Ernährungstagebuchs:

- Bitte ändern Sie Ihre gewohnte Ernährungsweise nicht und führen Sie das Ernährungstagebuch an 7 aufeinanderfolgenden Tagen (also auch am Wochenende)
 - Tragen Sie alle verzehrten Speisen und Getränke (auch Snacks, Bonbons o.ä.) in die dafür vorgesehenen Tabellen ein
 - Beschreiben Sie die Lebensmittel bitte möglichst genau
 - Geben Sie die Sorte an (z.B. Pizza Salami, Erdbeer-Joghurt)
 - Nennen Sie Markennamen/Hersteller der Produkte, auch bei Getränken (inkl. Mineralwasser)
 - Achten Sie auf die Fettgehalte der Lebensmittel und notieren Sie diese (Milch 1,8% oder 3,8%)
 - Geben Sie die verzehrten Mengen bitte möglichst genau an
 - Wenn möglich, wiegen Sie die Mengen mit einer Waage
 - Benutzen Sie ansonsten haushaltsübliche Angaben (Gramm, 1 EL, 1 Handvoll...)
 - Notieren Sie, in welchem Zustand sich das Lebensmittel befand, als die Menge ermittelt wurde (roh, gekocht)
 - Geben Sie bei selbstgekochten Speisen bitte das Rezept an, vergessen Sie auch Gewürze nicht
 - Versuchen Sie, das Tagebuch während des Essens auszufüllen (auch außer Haus) und vermeiden Sie, das Tagebuch aus der Erinnerung heraus zu führen
- ⇒ **Bitte beantworten Sie jeden Abend die Fragen zu Ihrem gesundheitlichen Zustand**

Beispiel: (Um Werbung zu vermeiden, werden Markennamen und Hersteller nicht genannt)

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke
1 20g 1 Scheibe 20g 1 1 Tasse (250ml)	Mehrkornbrötchen Butter Emmentaler Erdbeerkonfitüre Banane Kaffee
1 (50g) 2 Gläser (à 250ml)	Schokoriegel mit Erdnüssen Mineralwasser
125g (roh) 150g (roh) 1 100g 1 EL 1/2 TL 5 Blätter 1/2 TL 1 Glas (250ml) 2 Gläser (à 250ml)	Spaghetti Hackfleisch (Rind) Schalotte Tomaten aus der Dose Rapsöl Salz Basilikum Pfeffer Coca-Cola Mineralwasser
1 Stück (150g) 1 Tasse (150ml) 1 gehäufter TL	Apfelkuchen mit Streuseln Cappuccino Zucker
2 Scheiben 1 Scheibe 20g 1 Stück (30g) 1 Tasse (250ml)	Graubrot Mortadella Butter Camembert Pfefferminztee

1. Tag, Datum: _____

1. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

1. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

1. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

1. Tag

Hat Ihre Ernährung am 1. Tag Ihrer gewohnten Ernährungsweise entsprochen?

- Ja Nein

Wenn nein, welche Besonderheiten gab es?

Hatten Sie am 1. Tag Beschwerden?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? Bitte ankreuzen:

- | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Psychische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschwellung | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Müde Beine | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Brain fog (Nebel im Kopf) |

Sonstige: _____

Traten Beschwerden direkt nach einer Mahlzeit auf?

- Ja Nein

Wenn ja, welche und nach welcher Mahlzeit?

Haben Sie am 1. Tag Medikamente eingenommen?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? Bitte auführen:

2. Tag, Datum: _____

2. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

2. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

2. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

2. Tag

Hat Ihre Ernährung am 2. Tag Ihrer gewohnten Ernährungsweise entsprochen?

Ja Nein

Wenn nein, welche Besonderheiten gab es?

Hatten Sie am 2. Tag Beschwerden?

Ja Nein

Wenn ja, welche? Bitte ankreuzen:

- | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Psychische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschwellung | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Müde Beine | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Brain fog (Nebel im Kopf) |

Sonstige: _____

Traten Beschwerden direkt nach einer Mahlzeit auf?

Ja Nein

Wenn ja, welche und nach welcher Mahlzeit?

Haben Sie am 2. Tag Medikamente eingenommen?

Ja Nein

Wenn ja, welche? Bitte auführen:

3. Tag, Datum: _____

3. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

3. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

3. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

3. Tag

Hat Ihre Ernährung am 3. Tag Ihrer gewohnten Ernährungsweise entsprochen?

Ja Nein

Wenn nein, welche Besonderheiten gab es?

Hatten Sie am 3. Tag Beschwerden?

Ja Nein

Wenn ja, welche? Bitte ankreuzen:

- | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Psychische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschwellung | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Müde Beine | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Brain fog (Nebel im Kopf) |

Sonstige: _____

Traten Beschwerden direkt nach einer Mahlzeit auf?

Ja Nein

Wenn ja, welche und nach welcher Mahlzeit?

Haben Sie am 3. Tag Medikamente eingenommen?

Ja Nein

Wenn ja, welche? Bitte auführen:

4. Tag, Datum: _____

4. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

4. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

4. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

4. Tag

Hat Ihre Ernährung am 4. Tag Ihrer gewohnten Ernährungsweise entsprochen?

- Ja Nein

Wenn nein, welche Besonderheiten gab es?

Hatten Sie am 4. Tag Beschwerden?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? Bitte ankreuzen:

- | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Psychische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschwellung | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Müde Beine | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Brain fog (Nebel im Kopf) |

Sonstige: _____

Traten Beschwerden direkt nach einer Mahlzeit auf?

- Ja Nein

Wenn ja, welche und nach welcher Mahlzeit?

Haben Sie am 4. Tag Medikamente eingenommen?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? Bitte auführen:

5. Tag, Datum: _____

5. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

5. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

5. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

5. Tag

Hat Ihre Ernährung am 5. Tag Ihrer gewohnten Ernährungsweise entsprochen?

Ja Nein

Wenn nein, welche Besonderheiten gab es?

Hatten Sie am 5. Tag Beschwerden?

Ja Nein

Wenn ja, welche? Bitte ankreuzen:

- | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Psychische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschwellung | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Müde Beine | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Brain fog (Nebel im Kopf) |

Sonstige: _____

Traten Beschwerden direkt nach einer Mahlzeit auf?

Ja Nein

Wenn ja, welche und nach welcher Mahlzeit?

Haben Sie am 5. Tag Medikamente eingenommen?

Ja Nein

Wenn ja, welche? Bitte auführen:

6. Tag, Datum: _____

6. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

6. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

6. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

6. Tag

Hat Ihre Ernährung am 6. Tag Ihrer gewohnten Ernährungsweise entsprochen?

- Ja Nein

Wenn nein, welche Besonderheiten gab es?

Hatten Sie am 6. Tag Beschwerden?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? Bitte ankreuzen:

- | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Psychische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschwellung | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Müde Beine | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Brain fog (Nebel im Kopf) |

Sonstige: _____

Traten Beschwerden direkt nach einer Mahlzeit auf?

- Ja Nein

Wenn ja, welche und nach welcher Mahlzeit?

Haben Sie am 6. Tag Medikamente eingenommen?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? Bitte auführen:

7. Tag, Datum: _____

7. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

7. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

7. Tag

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

Menge (Gramm, Haushaltsmaße)	Speisen/Getränke

7. Tag

Hat Ihre Ernährung am 7. Tag Ihrer gewohnten Ernährungsweise entsprochen?

Ja Nein

Wenn nein, welche Besonderheiten gab es?

Hatten Sie am 7. Tag Beschwerden?

Ja Nein

Wenn ja, welche? Bitte ankreuzen:

- | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Psychische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschwellung | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Müde Beine | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Brain fog (Nebel im Kopf) |

Sonstige: _____

Traten Beschwerden direkt nach einer Mahlzeit auf?

Ja Nein

Wenn ja, welche und nach welcher Mahlzeit?

Haben Sie am 7. Tag Medikamente eingenommen?

Ja Nein

Wenn ja, welche? Bitte auführen:

Probanden-Nr.:

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an:

Katinka Kühn

Institut für Lebensmittelwissenschaft und Humanernährung

Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover

Am Kleinen Felde 30

30167 Hannover

Tel.: 0511 - 762 5969

Fax: 0511 - 762 5729

Email: kuehn@nutrition.uni-hannover.de

Ernährungstagebuch - NuSTEPS (1)