

D01 Ernährungsprotokoll									
Wochentag: _____ Datum: _____ Name: _____									
Situation	Anfang/ Ende	Hunger (1–5)	Stim- mung (1–5)	Nahrungs- menge	Art der Nahrungsmittel/Getränke	Ess- anfall (ja/nein)	Kontroll- verlust (1–5)	Angst zuzu- nehmen (1–5)	Gegen- maß- nahmen

S01 Teufelskreis der Essanfälle Was kann ich dagegen tun?

Tragen Sie bitte Auslöser, Verhalten bei Essanfällen, und Folgen von Essanfällen auf der linken Seite ein!

1 Auslöser:

2 Verhalten:

3 Folgen:

... und was kann ich tun?