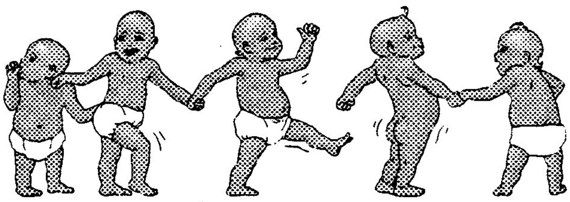
Kleines Schwangerschaftstagebuch

Ernährung in der Schwangerschaft

Institut für Ernährungswissenschaft
Wilhelmstr. 20
35392 Gießen
Tel.: 0641 / 702-9920



--- ✂ ---

(Bitte nicht abschneiden, die Trennung von Adresse und Tagebuch erfolgt durch uns)

Name: ____________________

Straße, Hausnummer: ____________________

Plz, Wohnort: ____________________

Telefonnummer: ____________________

Liebe Studienteilnehmerin,

vor Ihnen liegen ereignisreiche Monate bis zur Entbindung. In Ihnen wächst Ihr Kind heran, das sich schon bald bemerkbar machen wird. Wir möchten wissen, wie es Ihnen während Ihrer Schwangerschaft geht und bitten Sie deshalb, dieses kleine Schwangerschaftstagebuch zu führen.

Hier finden Sie für jeden Schwangerschaftsmonat ein Doppelblatt.
Auf der linken Seite sind jeweils ***Beschwerden*** *aufgeführt, die in der Schwangerschaft auftreten können. Kreuzen Sie einfach für jeden Tag evtuell bestehende Beschwerden an.*
*Jeweils auf der rechten Seite finden Sie die Spalte „****Appetitveränderung, Heißhunger****". Falls Sie ungewöhnliche Heißhungergefühle verspüren, tragen Sie die entsprechenden Lebensmittel ein; haben Sie diese Lebensmittel gegessen, kreuzen Sie zusätzlich in der Spalte „gegessen" an, haben Sie diese nicht gegessen, kreuzen Sie in der Spalte „nicht gegessen" an.*

Tragen Sie in der letzten Spalte der jeweils rechten Seite eventuell eingenommene ***Medikamente*** *oder* ***Präparate*** *(z.B.: Eisenpräparate)* ***mit Dosierung/ Mengenangabe*** *ein.*
Diese Spalte ist nur sehr schmal, deshalb bitten wir sie, eingenommene Medikamente und Präparate mit ihrem ***vollen Namen und Hersteller*** *auf der folgenden Seite aufzuführen..*

Weiterhin ist wichtig für uns, daß Sie das Schwangerschaftstagebuch auch bis zum heutigen Tag im Rückblick für die ersten Schwangerschaftswochen ausfüllen - auch für die Zeit vor der Feststellung der Schwangerschaft.

Viel Freude wünscht Ihnen

unser ganzes Team

Impressum:

Herausgeber/-innen: Ulrike Heins, Corinna Koebnick, Rita Zydek, Prof. Dr. Claus Leitzmann
Institut für Ernährungswissenschaft der Justus-Liebig-Universität Gießen, 1995

Druck: Hausdruckerei der Justus-Liebig-Universität Gießen

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Herausgeber/-innen.

Ich habe während meiner Schwangerschaft folgende Medikamente/ Präparate (Mineralstoff- oder Vitaminpräparate) **eingenommen:**

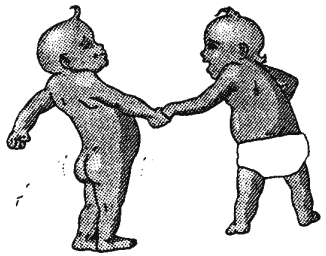
1. Name: _____
   Hersteller: _____
2. Name: _____
   Hersteller: _____
3. Name: _____
   Hersteller: _____
4. Name: _____
   Hersteller: _____
5. Name: _____
   Hersteller: _____
6. Name: _____
   Hersteller: _____
7. Name: _____
   Hersteller: _____
8. Name: _____
   Hersteller: _____
9. Name: _____
   Hersteller: _____
10. Name: _____
    Hersteller: _____

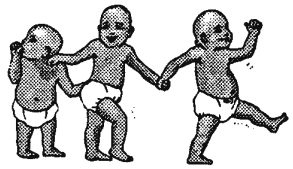
☐ **Ich habe während meiner Schwangerschaft keine Medikamente/Präparate eingenommen.**

Bitte tragen Sie aus der Erinnerung heraus ein, wie es Ihnen in den ersten Schwangerschaftswochen erging; auch für die Zeit, bevor die Schwangerschaft festgestellt wurde.

(nur ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich)

	Übelkeit	Erbrechen	Sodbrennen	Appetitlosigkeit	vermind. Geschmacksempfinden	Schwindel	Müdigkeit	Konzentrationsschwäche	Kopfschmerzen	Schlafstörungen	mindestens 3x Stuhlgang/Tag	kein Stuhlgang/Tag	Muskelzuckungen	Wadenkrämpfe	Kribbeln in Händen/Füßen	Ohrensausen/Augenflimmern	Akne	trockene Haut	rissige Mundwinkel	Kurzatmigkeit	Herzklopfen	Erkältungszeichen	depressive Stimmung
1. Woche																							
2. Woche																							
3. Woche																							
4. Woche																							
5. Woche																							
6. Woche																							
7. Woche																							
8. Woche																							





(Bitte eintragen)

Appetitveränderung Heißhunger auf:	gegessen	nicht gegessen	**Medikamente Supplemente** (mit Dosierung/Menge)

Bitte führen Sie von nun an das Schwangerschaftstagebuch täglich:

3. Schwangerschaftsmonat *(Bitte nur ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)*

Datum	Tag	Übelkeit	Erbrechen	Sodbrennen	Appetitlosigkeit	vermind. Geschmacksempfinden	Schwindel	Müdigkeit	Konzentrationsschwäche	Kopfschmerzen	Schlafstörungen	mindestens 3x Stuhlgang/Tag	kein Stuhlgang/Tag	Muskelzuckungen	Wadenkrämpfe	Kribbeln in Händen/Füßen	Ohrensausen/Augenflimmern	Akne	trockene Haut	rissige Mundwinkel	Kurzatmigkeit	Herzklopfen	Erkältungszeichen	depressive Stimmung
	1																							
	2																							
	3																							
	4																							
	5																							
	6																							
	7																							
	8																							
	9																							
	10																							
	11																							
	12																							
	13																							
	14																							
	15																							
	16																							
	17																							
	18																							
	19																							
	20																							
	21																							
	22																							
	23																							
	24																							
	25																							
	26																							
	27																							
	28																							

(Bitte eintragen)

Appetitveränderung Heißhunger auf:	gegessen	nicht gegessen	Medikamente Supplemente (mit Dosierung/Menge)

4. Schwangerschaftsmonat *(Bitte nur ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)*

Datum	Tag	Übelkeit	Erbrechen	Sodbrennen	Appetitlosigkeit	vermind. Geschmacksempfinden	Schwindel	Müdigkeit	Konzentrationsschwäche	Kopfschmerzen	Schlafstörungen	mindestens 3x Stuhlgang/Tag	kein Stuhlgang/Tag	Muskelzuckungen	Wadenkrämpfe	Kribbeln in Händen/Füßen	Ohrensausen/Augenflimmern	Akne	trockene Haut	rissige Mundwinkel	Kurzatmigkeit	Herzklopfen	Erkältungszeichen	depressive Stimmung
	1																							
	2																							
	3																							
	4																							
	5																							
	6																							
	7																							
	8																							
	9																							
	10																							
	11																							
	12																							
	13																							
	14																							
	15																							
	16																							
	17																							
	18																							
	19																							
	20																							
	21																							
	22																							
	23																							
	24																							
	25																							
	26																							
	27																							
	28																							

(Bitte eintragen)

Appetitveränderung Heißhunger auf:	gegessen	nicht gegessen	Medikamente Supplemente (mit Dosierung/Menge)

5. Schwangerschaftsmonat *(Bitte nur ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)*

Datum	Tag	Übelkeit	Erbrechen	Sodbrennen	Appetitlosigkeit	vermind. Geschmacksempfinden	Schwindel	Müdigkeit	Konzentrationsschwäche	Kopfschmerzen	Schlafstörungen	mindestens 3x Stuhlgang/Tag	kein Stuhlgang/Tag	Muskelzuckungen	Wadenkrämpfe	Kribbeln in Händen/Füßen	Ohrensausen/Augenflimmern	Akne	trockene Haut	rissige Mundwinkel	Kurzatmigkeit	Herzklopfen	Erkältungszeichen	depressive Stimmung
	1																							
	2																							
	3																							
	4																							
	5																							
	6																							
	7																							
	8																							
	9																							
	10																							
	11																							
	12																							
	13																							
	14																							
	15																							
	16																							
	17																							
	18																							
	19																							
	20																							
	21																							
	22																							
	23																							
	24																							
	25																							
	26																							
	27																							
	28																							

(Bitte eintragen)

Appetitveränderung Heißhunger auf:	gegessen	nicht gegessen	Medikamente Supplemente (mit Dosierung/Menge)

6. Schwangerschaftsmonat *(Bitte nur ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)*

Datum	Tag	Übelkeit	Erbrechen	Sodbrennen	Appetitlosigkeit	vermind. Geschmacksempfinden	Schwindel	Müdigkeit	Konzentrationsschwäche	Kopfschmerzen	Schlafstörungen	mindestens 3x Stuhlgang/Tag	kein Stuhlgang/Tag	Muskelzuckungen	Wadenkrämpfe	Kribbeln in Händen/Füßen	Ohrensausen/Augenflimmern	Akne	trockene Haut	rissige Mundwinkel	Kurzatmigkeit	Herzklopfen	Erkältungszeichen	depressive Stimmung
	1																							
	2																							
	3																							
	4																							
	5																							
	6																							
	7																							
	8																							
	9																							
	10																							
	11																							
	12																							
	13																							
	14																							
	15																							
	16																							
	17																							
	18																							
	19																							
	20																							
	21																							
	22																							
	23																							
	24																							
	25																							
	26																							
	27																							
	28																							

(Bitte eintragen)

Appetitveränderung Heißhunger auf:	gegessen	nicht gegessen	**Medikamente Supplemente** (mit Dosierung/Menge)

7. Schwangerschaftsmonat *(Bitte nur ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)*

Datum	Tag	Übelkeit	Erbrechen	Sodbrennen	Appetitlosigkeit	vermind. Geschmacksempfinden	Schwindel	Müdigkeit	Konzentrationsschwäche	Kopfschmerzen	Schlafstörungen	mindestens 3x Stuhlgang/Tag	kein Stuhlgang/Tag	Muskelzuckungen	Wadenkrämpfe	Kribbeln in Händen/Füßen	Ohrensausen/Augenflimmern	Akne	trockene Haut	rissige Mundwinkel	Kurzatmigkeit	Herzklopfen	Erkältungszeichen	depressive Stimmung
	1																							
	2																							
	3																							
	4																							
	5																							
	6																							
	7																							
	8																							
	9																							
	10																							
	11																							
	12																							
	13																							
	14																							
	15																							
	16																							
	17																							
	18																							
	19																							
	20																							
	21																							
	22																							
	23																							
	24																							
	25																							
	26																							
	27																							
	28																							

(Bitte eintragen)

Appetitveränderung Heißhunger auf:	gegessen	nicht gegessen	**Medikamente Supplemente** (mit Dosierung/Menge)

8. Schwangerschaftsmonat *(Bitte nur ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)*

Datum	Tag	Übelkeit	Erbrechen	Sodbrennen	Appetitlosigkeit	vermind. Geschmacksempfinden	Schwindel	Müdigkeit	Konzentrationsschwäche	Kopfschmerzen	Schlafstörungen	mindestens 3x Stuhlgang/Tag	kein Stuhlgang/Tag	Muskelzuckungen	Wadenkrämpfe	Kribbeln in Händen/Füßen	Ohrensausen/Augenflimmern	Akne	trockene Haut	rissige Mundwinkel	Kurzatmigkeit	Herzklopfen	Erkältungszeichen	depressive Stimmung
	1																							
	2																							
	3																							
	4																							
	5																							
	6																							
	7																							
	8																							
	9																							
	10																							
	11																							
	12																							
	13																							
	14																							
	15																							
	16																							
	17																							
	18																							
	19																							
	20																							
	21																							
	22																							
	23																							
	24																							
	25																							
	26																							
	27																							
	28																							

(Bitte eintragen)

Appetitveränderung Heißhunger auf:	gegessen	nicht gegessen	Medikamente Supplemente (mit Dosierung/Menge)

9. Schwangerschaftsmonat *(Bitte nur ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)*

Datum	Tag	Übelkeit	Erbrechen	Sodbrennen	Appetitlosigkeit	vermind. Geschmacksempfinden	Schwindel	Müdigkeit	Konzentrationsschwäche	Kopfschmerzen	Schlafstörungen	mindestens 3x Stuhlgang/Tag	kein Stuhlgang/Tag	Muskelzuckungen	Wadenkrämpfe	Kribbeln in Händen/Füßen	Ohrensausen/Augenflimmern	Akne	trockene Haut	rissige Mundwinkel	Kurzatmigkeit	Herzklopfen	Erkältungszeichen	depressive Stimmung
	1																							
	2																							
	3																							
	4																							
	5																							
	6																							
	7																							
	8																							
	9																							
	10																							
	11																							
	12																							
	13																							
	14																							
	15																							
	16																							
	17																							
	18																							
	19																							
	20																							
	21																							
	22																							
	23																							
	24																							
	25																							
	26																							
	27																							
	28																							

(Bitte eintragen)

Appetitveränderung Heißhunger auf:	gegessen	nicht gegessen	**Medikamente Supplemente** (mit Dosierung/Menge)

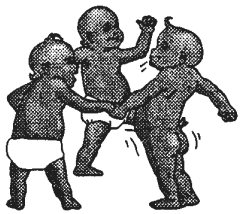
10. Schwangerschaftsmonat *(Bitte nur ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)*

Datum	Tag	Übelkeit	Erbrechen	Sodbrennen	Appetitlosigkeit	vermind. Geschmacksempfinden	Schwindel	Müdigkeit	Konzentrationsschwäche	Kopfschmerzen	Schlafstörungen	mindestens 3x Stuhlgang/Tag	kein Stuhlgang/Tag	Muskelzuckungen	Wadenkrämpfe	Kribbeln in Händen/Füßen	Ohrensausen/Augenflimmern	Akne	trockene Haut	rissige Mundwinkel	Kurzatmigkeit	Herzklopfen	Erkältungszeichen	depressive Stimmung
	1																							
	2																							
	3																							
	4																							
	5																							
	6																							
	7																							
	8																							
	9																							
	10																							
	11																							
	12																							
	13																							
	14																							
	15																							
	16																							
	17																							
	18																							
	19																							
	20																							
	21																							
	22																							
	23																							
	24																							
	25																							
	26																							
	27																							
	28																							

(Bitte eintragen)

Appetitveränderung Heißhunger auf:	gegessen	nicht gegessen	Medikamente Supplemente (mit Dosierung/Menge)

Vielen Dank für Ihre Mühe !



Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Namens und Ihrer Adresse mit und setzen Sie sich mit uns in Verbindung, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können.

Institut für Ernährungswissenschaft:	***0641 - 702-9920***
Ulrike Heins, privat:	***0641 - 389322***
Corinna Koebnick, privat:	***06033 - 73203***
Rita Zydek, privat	***06405 - 7614***

---✂----------

Meine Adresse / mein Name hat sich verändert:

Alte Anschrift:

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Neue Anschrift:

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____