

**ESS- UND BESCHWERDEPROTOKOLL**

Datum/Zeit	Ort	Was? Wie viel? Nahrungsmittel/Getränke	Beschwerden z.B. Bauchkrämpfe, Durchfall usw.	Bewegung	Bemerkungen

**ERNÄHRUNGSBERATUNG KLINIK ST. ANNA**

ST. ANNA-STRASSE 32, 6006 LUZERN

T 041 208 30 10, F 041 208 35 99

ERNAEHRUNGSBERATUNG.STANNA@HIRSLANDEN.CH

**WWW.HIRSLANDEN.CH/STANNA**

Vorname / Name \_\_\_\_\_