



KOPIERVORLAGE
bitte für wenigstens eine Woche führen

TAGESÜBERSICHT

NAME: _____

Geb.datum: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	Gegessen wurde	Getrunken wurde.....
Frühstück		
Ggfs. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
Ggfs. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: JA (welche Sportart und wie lange) : _____
NEIN

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z.B. Grillparty; Geb.feier)



Bewegungstagebuch

Tag	Wie war der Alltag?	Wie haben Sie sich bewegt?	Haben Sie Sport betrieben?	mein heutiges Befinden	eigene Bemerkungen
Mo	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️	
Di	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️	
Mi	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️	
Do	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️	



BDEM-Erfassungsbogen Nachsorge

Fr	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	☺ ☹ ☹	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad			
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn			
	<input type="checkbox"/> bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Auto			
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift			
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____			
Sa	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	☺ ☹ ☹	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad			
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn			
	<input type="checkbox"/> bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Auto			
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift			
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____			
So	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	☺ ☹ ☹	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad			
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn			
	<input type="checkbox"/> bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Auto			
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift			
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____			

Bitte beschreiben Sie den Ablauf eines typischen Wochenendes:
