

Bewegungstagebuch

Name: _____

Größe: _____ m

Gewicht: _____ kg

Tag und Datum: _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Mein Tag war ...	<input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> voller Zeitdruck <input type="checkbox"/> terminreich <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> bewegungsreich <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> voller Zeitdruck <input type="checkbox"/> terminreich <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> bewegungsreich <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> voller Zeitdruck <input type="checkbox"/> terminreich <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> bewegungsreich <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> voller Zeitdruck <input type="checkbox"/> terminreich <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> bewegungsreich <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> voller Zeitdruck <input type="checkbox"/> terminreich <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> bewegungsreich <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> voller Zeitdruck <input type="checkbox"/> terminreich <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> bewegungsreich <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> voller Zeitdruck <input type="checkbox"/> terminreich <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> bewegungsreich <input type="checkbox"/> _____
Ich habe mich bewegt ...	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> mit Bus o. Bahn <input type="checkbox"/> per Rolltreppe/ Fahrstuhl <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> mit Bus o. Bahn <input type="checkbox"/> per Rolltreppe/ Fahrstuhl <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> mit Bus o. Bahn <input type="checkbox"/> per Rolltreppe/ Fahrstuhl <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> mit Bus o. Bahn <input type="checkbox"/> per Rolltreppe/ Fahrstuhl <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> mit Bus o. Bahn <input type="checkbox"/> per Rolltreppe/ Fahrstuhl <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> mit Bus o. Bahn <input type="checkbox"/> per Rolltreppe/ Fahrstuhl <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> mit Bus o. Bahn <input type="checkbox"/> per Rolltreppe/ Fahrstuhl <input type="checkbox"/> _____
Ich habe mich sportlich betätigt ...	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenn ja, wie: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenn ja, wie: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenn ja, wie: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenn ja, wie: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenn ja, wie: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenn ja, wie: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenn ja, wie: _____
Meine eigene Einschätzung	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️
Hier kann ich mich noch steigern ...							
sonstige Bemerkung							