

Trinkprotokoll

Name: *Gisela Ott*

Datum:

Vorlieben (bitte ankreuzen): ☐ Mineralwasser (MW) ☐ Stilles Wasser (SW) ☐ Saft (S)

☐ Tee (T)

☐ Kaffee (K)

☐ _____

☐ _____

Uhrzeit

Einfuhr (Menge)

Flüssigkeit (Art)

Hdz.

ml

MW

ml

ml

Flüssigkeitsmenge gesamt:

ml