

MEIN 14-TAGE- ERNÄHRUNGSTAGEBUCH

für Lymphödem und Lipödem

Worum es geht: Mahlzeiten, Beschwerden und Alltag gemeinsam festhalten, um persönliche Muster sichtbar zu machen – ohne Verbote und ohne Schuldgefühle.

Name	
Zeitraum	von _____ bis _____
Diagnose / Stadium	_____
Mein Ziel	_____

Dieses Tagebuch ist ein Beobachtungswerkzeug. Es ersetzt keine Diagnose oder individuelle Ernährungs- bzw. medizinische Beratung.

So nutzt du das Tagebuch

Fülle möglichst 14 Tage lang jeden Abend eine Tagesseite aus. Schätzwerte reichen – Regelmäßigkeit ist wichtiger als Perfektion.

- Notiere Essen und Getränke zeitnah und möglichst konkret (z. B. „2 Scheiben Vollkornbrot mit Käse“ statt nur „Brot“).
- Bewerte Beschwerden morgens und abends auf einer Skala von 0 bis 10.
- Halte auch Kompression, Lymphdrainage, Bewegung, Schlaf, Hitze und Zyklus fest – sie können Beschwerden ebenfalls beeinflussen.
- Suche nach wiederkehrenden Mustern über mehrere Tage. Ein einzelner schlechter Tag beweist keinen Zusammenhang.
- Nimm die Wochenübersichten bei Bedarf zu Ärztin/Arzt, Lymphtherapie oder qualifizierter Ernährungsberatung mit.

Wichtige Orientierung

Keine spezielle Diät: Für ein Lymphödem ist keine besondere Diät nachgewiesen. Eine abwechslungsreiche, bedarfsgerechte Ernährung und ein für dich gesundes Körpergewicht können die Gesamtbehandlung unterstützen.

Trinken nicht einschränken: Weniger zu trinken lässt die Gewebeschwellung nicht zurückgehen. Trinkmengen oder Salzrestriktionen solltest du nur auf ärztliche Anweisung verändern, etwa bei Herz- oder Nierenerkrankungen.

Lipödem: Ziele können neben einer gesunden Körperzusammensetzung auch weniger Schmerzen, bessere Beweglichkeit und langfristige Gewichtsstabilität sein. Radikale Diäten sind dafür nicht nötig.

Wann bitte medizinisch abklären?

Bei plötzlich deutlich stärkerer oder einseitiger Schwellung, Rötung/Überwärmung, Fieber, Atemnot, Brustschmerz oder einer raschen Verschlechterung bitte zeitnah ärztliche Hilfe suchen.

Meine Ausgangslage

Einmal zu Beginn ausfüllen. Alle Angaben sind freiwillig.

Betroffene Körperbereiche	_____
Typische Beschwerden	_____
Medikamente / Begleiterkrankungen	_____
Kompression	☐ täglich ☐ gelegentlich ☐ nicht aktuell Art: _____
Lymphdrainage / Therapie	_____
Bewegung, die mir guttut	_____
Unverträglichkeiten / Allergien	_____
Ernährungsweise	☐ gemischt ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ andere: _____

Mein persönlicher Fokus

Was möchte ich beobachten? _____
Was möchte ich häufiger essen oder trinken? _____
Was soll im Alltag leichter werden? _____
Wer unterstützt mich? _____

Optionale Ausgangswerte

Nur erfassen, wenn es dir hilft und mit deiner Behandlung sinnvoll ist. Umfangmessungen möglichst immer zur gleichen Tageszeit und an denselben Messpunkten.

Gewicht	_____ kg	Messzeitpunkt	_____ Uhr
Umfang 1	_____ cm	Umfang 2	_____ cm

TAG 1	Datum: _____	Wochentag: _____
Schlaf: ____ Std. Qualität 0–10: ____	Zyklus / Hormone: _____	Wetter / Hitze: _____

Morgen-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Essen & Reaktionen

Zeit	Mahlzeit / Snack + Menge	Hunger 0–10	Sättigung 0–10	Beschwerden 0–4 Std. später

Getränke

Wasser / Tee	_____ ml	Andere Getränke	_____ ml / Art: _____
Gesamt	_____ ml	Besonderheiten	_____

Was den Tag außerdem beeinflusst hat

Kompression: ☐ ja, ____ Std. ☐ nein	Bewegung: Art _____ Min.
Lymphdrainage / Therapie: ☐ ja ☐ nein	Auffällig: ☐ sehr salzig ☐ Alkohol ☐ langes Sitzen/Stehen

Abend-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hautspannung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Heute ist mir aufgefallen: _____	

TAG 2

Datum: _____

Wochentag: _____

Schlaf: ____ Std. Qualität 0–10: ____

Zyklus / Hormone: _____

Wetter / Hitze: _____

Morgen-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Essen & Reaktionen

Zeit	Mahlzeit / Snack + Menge	Hunger 0–10	Sättigung 0–10	Beschwerden 0–4 Std. später

Getränke

Wasser / Tee	_____ ml	Andere Getränke	_____ ml / Art: _____
Gesamt	_____ ml	Besonderheiten	_____

Was den Tag außerdem beeinflusst hat

Kompression: ☐ ja, ____ Std. ☐ nein	Bewegung: Art _____ Min.
Lymphdrainage / Therapie: ☐ ja ☐ nein	Auffällig: ☐ sehr salzig ☐ Alkohol ☐ langes Sitzen/Stehen

Abend-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hautspannung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Heute ist mir aufgefallen: _____	

TAG 3	Datum: _____	Wochentag: _____
Schlaf: ____ Std. Qualität 0–10: ____	Zyklus / Hormone: _____	Wetter / Hitze: _____

Morgen-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Essen & Reaktionen

Zeit	Mahlzeit / Snack + Menge	Hunger 0–10	Sättigung 0–10	Beschwerden 0–4 Std. später

Getränke

Wasser / Tee	_____ ml	Andere Getränke	_____ ml / Art: _____
Gesamt	_____ ml	Besonderheiten	_____

Was den Tag außerdem beeinflusst hat

Kompression: ☐ ja, ____ Std. ☐ nein	Bewegung: Art _____ Min.
Lymphdrainage / Therapie: ☐ ja ☐ nein	Auffällig: ☐ sehr salzig ☐ Alkohol ☐ langes Sitzen/Stehen

Abend-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hautspannung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Heute ist mir aufgefallen: _____	

TAG 4	Datum: _____	Wochentag: _____
Schlaf: ____ Std. Qualität 0–10: ____	Zyklus / Hormone: _____	Wetter / Hitze: _____

Morgen-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Essen & Reaktionen

Zeit	Mahlzeit / Snack + Menge	Hunger 0–10	Sättigung 0–10	Beschwerden 0–4 Std. später

Getränke

Wasser / Tee	_____ ml	Andere Getränke	_____ ml / Art: _____
Gesamt	_____ ml	Besonderheiten	_____

Was den Tag außerdem beeinflusst hat

Kompression: ☐ ja, ____ Std. ☐ nein	Bewegung: Art _____ Min.
Lymphdrainage / Therapie: ☐ ja ☐ nein	Auffällig: ☐ sehr salzig ☐ Alkohol ☐ langes Sitzen/Stehen

Abend-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hautspannung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Heute ist mir aufgefallen: _____	

TAG 5

Datum: _____

Wochentag: _____

Schlaf: ____ Std. Qualität 0–10: ____

Zyklus / Hormone: _____

Wetter / Hitze: _____

Morgen-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Essen & Reaktionen

Zeit	Mahlzeit / Snack + Menge	Hunger 0–10	Sättigung 0–10	Beschwerden 0–4 Std. später

Getränke

Wasser / Tee	_____ ml	Andere Getränke	_____ ml / Art: _____
Gesamt	_____ ml	Besonderheiten	_____

Was den Tag außerdem beeinflusst hat

Kompression: ☐ ja, ____ Std. ☐ nein	Bewegung: Art _____ Min.
Lymphdrainage / Therapie: ☐ ja ☐ nein	Auffällig: ☐ sehr salzig ☐ Alkohol ☐ langes Sitzen/Stehen

Abend-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hautspannung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Heute ist mir aufgefallen: _____	

TAG 6

Datum: _____

Wochentag: _____

Schlaf: ____ Std. Qualität 0–10: ____

Zyklus / Hormone: _____

Wetter / Hitze: _____

Morgen-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Essen & Reaktionen

Zeit	Mahlzeit / Snack + Menge	Hunger 0–10	Sättigung 0–10	Beschwerden 0–4 Std. später

Getränke

Wasser / Tee	_____ ml	Andere Getränke	_____ ml / Art: _____
Gesamt	_____ ml	Besonderheiten	_____

Was den Tag außerdem beeinflusst hat

Kompression: ☐ ja, ____ Std. ☐ nein	Bewegung: Art _____ Min.
Lymphdrainage / Therapie: ☐ ja ☐ nein	Auffällig: ☐ sehr salzig ☐ Alkohol ☐ langes Sitzen/Stehen

Abend-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hautspannung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Heute ist mir aufgefallen: _____	

TAG 7	Datum: _____	Wochentag: _____
Schlaf: ____ Std. Qualität 0–10: ____	Zyklus / Hormone: _____	Wetter / Hitze: _____

Morgen-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Essen & Reaktionen

Zeit	Mahlzeit / Snack + Menge	Hunger 0–10	Sättigung 0–10	Beschwerden 0–4 Std. später

Getränke

Wasser / Tee	_____ ml	Andere Getränke	_____ ml / Art: _____
Gesamt	_____ ml	Besonderheiten	_____

Was den Tag außerdem beeinflusst hat

Kompression: ☐ ja, ____ Std. ☐ nein	Bewegung: Art _____ Min.
Lymphdrainage / Therapie: ☐ ja ☐ nein	Auffällig: ☐ sehr salzig ☐ Alkohol ☐ langes Sitzen/Stehen

Abend-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hautspannung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Heute ist mir aufgefallen: _____	

Wochenrückblick 1 • Tage 1-7

Nicht einzelne Tage bewerten, sondern wiederkehrende Zusammenhänge suchen. „Unklar“ ist ein völlig gutes Ergebnis.

Beschwerden – Wann waren Schwellung, Schmerz oder Schweregefühl am stärksten bzw. am geringsten?

Essen & Trinken – Welche Mahlzeiten haben gut gesättigt? Gab es wiederkehrende zeitliche Zusammenhänge?

Alltag – Welche Rolle spielten Schlaf, Hitze, langes Sitzen/Stehen, Bewegung, Kompression oder Therapie?

Wohlbefinden – Was hat Energie, Stimmung oder Beweglichkeit unterstützt?

Meine Beobachtung für die nächste Woche

Das möchte ich beibehalten: _____

Das möchte ich sanft ausprobieren: _____

Das möchte ich fachlich besprechen: _____

TAG 8	Datum: _____	Wochentag: _____
Schlaf: ____ Std. Qualität 0–10: ____	Zyklus / Hormone: _____	Wetter / Hitze: _____

Morgen-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Essen & Reaktionen

Zeit	Mahlzeit / Snack + Menge	Hunger 0–10	Sättigung 0–10	Beschwerden 0–4 Std. später

Getränke

Wasser / Tee	_____ ml	Andere Getränke	_____ ml / Art: _____
Gesamt	_____ ml	Besonderheiten	_____

Was den Tag außerdem beeinflusst hat

Kompression: ☐ ja, ____ Std. ☐ nein	Bewegung: Art _____ Min.
Lymphdrainage / Therapie: ☐ ja ☐ nein	Auffällig: ☐ sehr salzig ☐ Alkohol ☐ langes Sitzen/Stehen

Abend-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hautspannung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Heute ist mir aufgefallen: _____	

TAG 9

Datum: _____

Wochentag: _____

Schlaf: ____ Std. Qualität 0–10: ____

Zyklus / Hormone: _____

Wetter / Hitze: _____

Morgen-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Essen & Reaktionen

Zeit	Mahlzeit / Snack + Menge	Hunger 0–10	Sättigung 0–10	Beschwerden 0–4 Std. später

Getränke

Wasser / Tee	_____ ml	Andere Getränke	_____ ml / Art: _____
Gesamt	_____ ml	Besonderheiten	_____

Was den Tag außerdem beeinflusst hat

Kompression: ☐ ja, ____ Std. ☐ nein	Bewegung: Art _____ Min.
Lymphdrainage / Therapie: ☐ ja ☐ nein	Auffällig: ☐ sehr salzig ☐ Alkohol ☐ langes Sitzen/Stehen

Abend-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hautspannung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Heute ist mir aufgefallen: _____	

TAG 10	Datum: _____	Wochentag: _____
Schlaf: ____ Std. Qualität 0–10: ____	Zyklus / Hormone: _____	Wetter / Hitze: _____

Morgen-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Essen & Reaktionen

Zeit	Mahlzeit / Snack + Menge	Hunger 0–10	Sättigung 0–10	Beschwerden 0–4 Std. später

Getränke

Wasser / Tee	_____ ml	Andere Getränke	_____ ml / Art: _____
Gesamt	_____ ml	Besonderheiten	_____

Was den Tag außerdem beeinflusst hat

Kompression: ☐ ja, ____ Std. ☐ nein	Bewegung: Art _____ Min.
Lymphdrainage / Therapie: ☐ ja ☐ nein	Auffällig: ☐ sehr salzig ☐ Alkohol ☐ langes Sitzen/Stehen

Abend-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hautspannung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Heute ist mir aufgefallen: _____	

TAG 11	Datum: _____	Wochentag: _____
Schlaf: ____ Std. Qualität 0–10: ____	Zyklus / Hormone: _____	Wetter / Hitze: _____

Morgen-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Essen & Reaktionen

Zeit	Mahlzeit / Snack + Menge	Hunger 0–10	Sättigung 0–10	Beschwerden 0–4 Std. später

Getränke

Wasser / Tee	_____ ml	Andere Getränke	_____ ml / Art: _____
Gesamt	_____ ml	Besonderheiten	_____

Was den Tag außerdem beeinflusst hat

Kompression: ☐ ja, ____ Std. ☐ nein	Bewegung: Art _____ Min.
Lymphdrainage / Therapie: ☐ ja ☐ nein	Auffällig: ☐ sehr salzig ☐ Alkohol ☐ langes Sitzen/Stehen

Abend-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hautspannung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Heute ist mir aufgefallen: _____	

TAG 12	Datum: _____	Wochentag: _____
Schlaf: ____ Std. Qualität 0–10: ____	Zyklus / Hormone: _____	Wetter / Hitze: _____

Morgen-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Essen & Reaktionen

Zeit	Mahlzeit / Snack + Menge	Hunger 0–10	Sättigung 0–10	Beschwerden 0–4 Std. später

Getränke

Wasser / Tee	_____ ml	Andere Getränke	_____ ml / Art: _____
Gesamt	_____ ml	Besonderheiten	_____

Was den Tag außerdem beeinflusst hat

Kompression: ☐ ja, ____ Std. ☐ nein	Bewegung: Art _____ Min.
Lymphdrainage / Therapie: ☐ ja ☐ nein	Auffällig: ☐ sehr salzig ☐ Alkohol ☐ langes Sitzen/Stehen

Abend-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hautspannung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Heute ist mir aufgefallen: _____	

TAG 13	Datum: _____	Wochentag: _____
Schlaf: ____ Std. Qualität 0–10: ____	Zyklus / Hormone: _____	Wetter / Hitze: _____

Morgen-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Essen & Reaktionen

Zeit	Mahlzeit / Snack + Menge	Hunger 0–10	Sättigung 0–10	Beschwerden 0–4 Std. später

Getränke

Wasser / Tee	_____ ml	Andere Getränke	_____ ml / Art: _____
Gesamt	_____ ml	Besonderheiten	_____

Was den Tag außerdem beeinflusst hat

Kompression: ☐ ja, ____ Std. ☐ nein	Bewegung: Art _____ Min.
Lymphdrainage / Therapie: ☐ ja ☐ nein	Auffällig: ☐ sehr salzig ☐ Alkohol ☐ langes Sitzen/Stehen

Abend-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hautspannung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Heute ist mir aufgefallen: _____	

TAG 14	Datum: _____	Wochentag: _____
Schlaf: ____ Std. Qualität 0–10: ____	Zyklus / Hormone: _____	Wetter / Hitze: _____

Morgen-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Essen & Reaktionen

Zeit	Mahlzeit / Snack + Menge	Hunger 0–10	Sättigung 0–10	Beschwerden 0–4 Std. später

Getränke

Wasser / Tee	_____ ml	Andere Getränke	_____ ml / Art: _____
Gesamt	_____ ml	Besonderheiten	_____

Was den Tag außerdem beeinflusst hat

Kompression: ☐ ja, ____ Std. ☐ nein	Bewegung: Art _____ Min.
Lymphdrainage / Therapie: ☐ ja ☐ nein	Auffällig: ☐ sehr salzig ☐ Alkohol ☐ langes Sitzen/Stehen

Abend-Check-in

Schwellung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schmerz / Druck	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Schweregefühl	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Energie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hautspannung	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Heute ist mir aufgefallen: _____	

Wochenrückblick 2 • Tage 8–14

Nicht einzelne Tage bewerten, sondern wiederkehrende Zusammenhänge suchen. „Unklar“ ist ein völlig gutes Ergebnis.

Beschwerden – Wann waren Schwellung, Schmerz oder Schweregefühl am stärksten bzw. am geringsten?

Essen & Trinken – Welche Mahlzeiten haben gut gesättigt? Gab es wiederkehrende zeitliche Zusammenhänge?

Alltag – Welche Rolle spielten Schlaf, Hitze, langes Sitzen/Stehen, Bewegung, Kompression oder Therapie?

Wohlbefinden – Was hat Energie, Stimmung oder Beweglichkeit unterstützt?

Meine Beobachtung für die nächste Woche

Das möchte ich beibehalten: _____
Das möchte ich sanft ausprobieren: _____
Das möchte ich fachlich besprechen: _____

Hinweise & verlässliche Quellen

Das Tagebuch orientiert sich an aktuellen deutschsprachigen Fachinformationen. Es macht bewusst keine Versprechen, dass einzelne Lebensmittel ein Lymph- oder Lipödem „entwässern“ oder heilen.

Kurz zusammengefasst

- Beim Lymphödem ist die komplexe physikalische Entstauungstherapie mit Kompression, Bewegung, Hautpflege und ggf. manueller Lymphdrainage zentral.
- Weniger zu trinken behandelt ein Lymphödem nicht; vollständiger Salzverzicht ist nicht erforderlich.
- Beim Lipödem sollen Ernährung und Gewichtsmanagement individuell Mobilität, Funktion, Körperzusammensetzung sowie Schmerz- und Beschwerdelinderung unterstützen.
- Nahrungsergänzungsmittel oder radikale Eliminationsdiäten sollten nicht ohne fachliche Beratung begonnen werden.

Quellen (abgerufen Juli 2026)

AWMF S2k-Leitlinie Lipödem, Version 5.0 (2024, gültig bis 2029)

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/037-012>

Bundesministerium für Gesundheit: Lymphödem

<https://gesund.bund.de/lymphoedem>

Deutsches Krebsforschungszentrum: Leben mit Lymphödem

<https://www.krebsinformationsdienst.de/nebenwirkungen-bei-krebs/lymphoedem/leben-mit-lymphoedem>

Deutsche Gesellschaft für Ernährung: Antientzündliche Ernährung

<https://www.dge.de/gesunde-ernaehrung/diaetetik-und-kostformen/antientzuendliche-ernaehrung/>

Bitte individuell anpassen: Bei Herz-, Nieren- oder Lebererkrankungen, Diabetes, Schwangerschaft, Essstörungen, Krebsbehandlung oder ärztlich verordneter Trink-/Salzbegrenzung gelten persönliche Empfehlungen des Behandlungsteams.