**Naam:……………………………**

**Dag en Datum:………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tijd: | Wat en hoeveel (Eten en drinken) | Situatie, plaats en met wie? | Energieniveau voor de maaltijd en na de maaltijd*(waarbij 0 ‘heel erg moe, ogen kan ik niet meer open houden’ is. 3 ik voel mij niet moe maar ook niet energiek is (neutraal), en 6 ‘ik voel mij enorm energiek, ik heb energie voor 10’ is)* |
|  |  |  |  0 - 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 0 - 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6  |