

## Persönliche Daten

Vorname	Nachname		
Adresse			
Geburtsdatum			
Telefon	Mobil		
e-mail			
Größe	cm	Gewicht	kg
Geschlecht: w	<input type="checkbox"/>	m	<input type="checkbox"/>
Beschäftigt: Teilzeit		<input type="checkbox"/>	Vollzeit

Liebe Patientin, lieber Patient,

medizinische Behandlung ist sehr individuell. Um Sie optimal behandeln zu können, bitte ich Sie, folgenden Fragebogen auszufüllen.

Ihre Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank!

### 1. Ihre Ziele

- Gewicht abnehmen
- Gewicht halten
- Gewicht zunehmen
- Stoffwechselregulierung
- Gesundheitsverbesserung
- Schmerzreduzierung
- Figurstraffung
- Problemzonenregulierung

Bisherige Versuche das/die oben genannte(n) Ziel(e) zu erreichen:

Durch Ernährung?  Ja  Nein

Falls ja, bitte beschreiben Sie die Versuche, wie z. B. Diäten:

---

Durch Sport?  Ja  Nein

Falls ja, bitte beschreiben Sie das Sportprogramm (Art, Häufigkeit, Dauer, Intensität etc.):

---

## 2. Angaben zur aktuellen Ernährungssituation

sehr gesund     gesund     nicht sonderlich gesund     ungesund

Falls nicht sonderlich gesund oder ungesund, bitte geben Sie den Grund dafür an:

- keine Zeit
- ich kann nicht gesund kochen
- kein gesundes Angebot (z. B. Kantine, Mensa)
- gesundes Essen schmeckt mir nicht
- sonstige Gründe: \_\_\_\_\_

### Wo nehmen Sie Ihre Mahlzeiten ein?

Frühstück:     zu Hause     unterwegs     \_\_\_\_\_

Auswärts:     Kantine/Mensa     Restaurants     Imbiss

Mittag:     zu Hause     unterwegs     \_\_\_\_\_

Auswärts:     Kantine/Mensa     Restaurants     Imbiss

Abend:     zu Hause     unterwegs     \_\_\_\_\_

Auswärts:     Kantine/Mensa     Restaurants     Imbiss

### Beschreiben Sie stichpunktartig eine gewöhnliche Mahlzeit:

Frühstück: \_\_\_\_\_

Mittag: \_\_\_\_\_

Abend: \_\_\_\_\_

Snacks: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Wie häufig trinken Sie durchschnittlich Alkohol?

täglich    3x/Woche    1x/Woche    2x/Monat    1x/Monat    selten/nie

Falls 1x/Woche oder häufiger: Welche Alkoholsorten trinken Sie?

Bier    Wein    Spirituosen

Wie hoch schätzen Sie Ihren täglichen Kalorienbedarf ein? \_\_\_\_\_ kcal

Wie hoch schätzen Sie Ihre tägliche Kalorienzufuhr ein? \_\_\_\_\_ kcal

## Machen Sie derzeit eine Diät?

Falls ja, bitte beschreiben Sie diese:

---

## Treiben Sie derzeit Sport?

Falls ja, bitte beschreiben Sie das Sportprogramm [Art, Häufigkeit, Dauer, Intensität]:

---

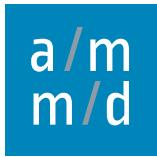
Sind Sie derzeit schwanger?  Ja    Nein

Leiden Sie unter sonstigen Erkrankungen oder haben Sie derzeit Beschwerden?  Ja    Nein

Nehmen Sie derzeit Medikamente oder Supplamente ein?  Ja    Nein

Falls ja, welche?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gegen Bluthochdruck                | <input type="checkbox"/> Mineralien                       |
| <input type="checkbox"/> Entwässerungstabletten [Diuretika] | <input type="checkbox"/> gegen Blutfette/Cholesterin      |
| <input type="checkbox"/> gegen zu hohen Blutzucker          | <input type="checkbox"/> Vitamine                         |
| <input type="checkbox"/> gegen Schilddrüsen-Überfunktion    | <input type="checkbox"/> gegen Schilddrüsen-Unterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                    |   |



[Die folgenden Felder sind nur vom Ernährungsberater auszufüllen!]

## Körperzusammensetzung

Gewicht:  kg    Wunschgewicht:  kg    Differenz:  kg

Größe:  cm Hüftumfang:  cm Tailenumfang:  cm

BMI:

## NOTIZEN: