



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 <input type="checkbox"/> | |

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 Supplemente 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:

