

Fragebogen für die Ernährungsberatung

Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____ Alter: _____
Straße, Hausnr.: _____	Größe: _____ Gewicht: _____
PLZ, Wohnort: _____	Familienstand: _____
Telefon: _____	Kinder (Alter): _____
E-Mail: _____	Beruf: _____

Raucher*in: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Für Schwangere oder Stillende: SSW: _____
Wenn ja, wie viel pro Tag: _____	Stillzeit: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Risikofaktoren und/oder Erkrankungen:

Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. **aktuelle Labor-/Blutwerte mitbringen!**

<input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte Triglyceride <input type="checkbox"/> Cholesterin <input type="checkbox"/>	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/>	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Gicht	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme Blähungen <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/>	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Verdauungstraktes: Magen <input type="checkbox"/> Darm <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Galle <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse <input type="checkbox"/>	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Osteoporose	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Gelenkerkrankungen (z. B. Rheuma, Arthritis)	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Parodontitis	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Übergewicht	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Untergewicht	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien: _____	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Allergien / Asthma / Heuschnupfen	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Pilzinfektionen (z. B. Darm, Genital, Haut, Nagel)	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Depressionen oder Ängste	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	Ich seit: _____	Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit		
<input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen wenn ja, wo und seit wann: _____		
<input type="checkbox"/> Müdigkeit		
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen		
<input type="checkbox"/> Zahnfleischprobleme		
<input type="checkbox"/> Amalgamfüllungen <input type="checkbox"/> bestehend <input type="checkbox"/> entfernt		
<input type="checkbox"/> Wurzelbehandelte Zähne (wie viele?) _____		

Medikamente:
Welche, wie viel, seit wann?

Nahrungsergänzungsmittel:
Welche, wie viel, seit wann?

Berufliche Tätigkeit:
Welche? festangestellt selbstständig

Arbeitszeit pro Tag: ____ Std. Arbeitszeit pro Woche: ____ Std. Schichtarbeit (welche): _____

überwiegend sitzend überwiegend stehend/gehend (mittelschwer) überwiegend schwer körperlich

Freizeit – Bewegung – Sport:

Sportart	Häufigkeit (pro Woche / Monat)	Dauer (in Min. / Std.)

Hobbys:

Wie schätzen Sie Ihre Lebensqualität ein?
 gut eingeschränkt stark eingeschränkt

Wie sind Ihre Essgewohnheiten? regelmäßig unregelmäßig

Wie viele Mahlzeiten essen Sie am Tag? Hauptmahlzeiten: ____ Zwischenmahlzeiten: ____

Welche Nahrungsmittel mögen Sie gar nicht?

Wie oft essen, trinken oder verwenden Sie ...?

<input type="checkbox"/> Süßstoffe	_____	<input type="checkbox"/> Alkohol	_____
<input type="checkbox"/> Light-Produkte	_____	<input type="checkbox"/> helles Brot	_____
<input type="checkbox"/> Fertigprodukte	_____	<input type="checkbox"/> zuckerhaltige Getränke	_____
<input type="checkbox"/> helle Nudeln oder Reis	_____	<input type="checkbox"/> Gebäck	_____

Achten Sie auf spezielle Kostformen oder Diäten?

Wenn ja, welche:

Bereiten Sie selbst Ihr Essen zu? ja nein Wenn nein, wer? _____

Wie hoch kann der Aufwand der Essenszubereitung für Sie oder den/die Helfer*in sein?

minimal mittel gern auch mal etwas höher

Wo und mit wem essen Sie?

- zu Hause mit Familie / Partner*in Wie häufig? Welche Mahlzeiten? _____
- allein Wie häufig? Welche Mahlzeiten? _____
- unterwegs am Arbeitsplatz Wie häufig pro Woche oder Monat? _____
- im Auto Wie häufig pro Woche oder Monat? _____
- in der Kantine Wie häufig pro Woche oder Monat? _____
- im Imbiss Wie häufig pro Woche oder Monat? _____
- im Restaurant Wie häufig pro Woche oder Monat? _____

Was sind Ihre Ziele und Wünsche? Was erhoffen Sie sich von der Ernährungsberatung?

Was ist Ihr Hauptproblem?

Was möchten Sie mir noch mitteilen?

Hiermit bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben korrekt sind. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Beratungsleistung ausschließlich der Prävention dient und es sich nicht um eine Therapie handelt. Die Teilnahme erfolgt auf eigene Verantwortung.

Datum: _____ Unterschrift: _____