

ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PERSON

Name, Vorname..... Geburtsdatum, Alter.....

Beruf Vollzeit Teilzeit Schichtdienst

Familienstand/Haushalt alleinlebend mit (Ehe)Partner mit (Ehe-)Partner und Kind(ern)

BERATUNGSGRUND, ZIELE UND WÜNSCHE

Ihr Beratungsgrund

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abbau von Gewicht/ Körperfett | <input type="checkbox"/> Aufbau von Gewicht |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Gesundheit | <input type="checkbox"/> Aufbau von Muskulatur |
| <input type="checkbox"/> Reduzierung von Schmerzen | <input type="checkbox"/> Sonstiges:..... |

AKTUELLE ERNÄHRUNGSSITUATION

WIE GEHT ES IHNEN ZUR ZEIT?

.....

.....

.....

WIE SCHÄTZEN SIE IHRE ERNÄHRUNG EIN?

- sehr gesund in Ordnung ungesund –

falls „ungesund“, bitte geben Sie einen Grund dafür an:

- keine Zeit ich kann nicht kochen kein Angebot (Kantine o. Ä.)
- gesundes Essen schmeckt mir nicht Sonstiges:

MACHEN SIE DERZEIT EINE DIÄT? Ja Nein

Bitte beschreiben Sie diese und/oder Ihre letzte Diät

.....

.....

WO NEHMEN SIE IHRE MAHLZEITEN AM HÄUFIGSTEN EIN?

- zu Hause unterwegs Restaurants.....
- Kantine o.Ä. Imbiss Bäckerei etc.

BESCHREIBEN SIE STICHPUNKTARTIG EINE ÜBLICHE MAHLZEIT (z. B. „2 Brötchen mit Käse“):

Frühstück:

Mittag:

Abend:

Zwischendurch:

AKTUELLE Situation / GEWOHNHEITEN

SIND SIE SCHWANGER? ja nein

TREIBEN SIE DERZEIT SPORT? Ja Nein

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

.....
.....

SCHLAFGEWOHNHEITEN/ PROBLEME

Schlafstörungen weniger als 6 Stunden weniger als 8 Stunden

STRESSLEVEL (1 = WENIG STRESS / 10 = VIEL STRESS)

1-2 3-4 5-6 7-8 9-10

RAUCHEN SIE? ja _____ am Tag nein

WIE OFT TRINKEN SIE DURCHSCHNITTLICH ALKOHOL?

täglich mehrmals pro Woche selten nie

KRANKHEITEN

SIND BEI IHNEN BESTIMMTE RISIKEN ODER ERKRANKUNGEN FESTGESTELLT WORDEN?

Bitte kreuzen Sie zutreffende Antworten an.

erhöhte Blutfettwerte (Triglyceride, Cholesterin)

erhöhte Harnsäurewerte / Gicht

Bluthochdruck

Diabetes mellitus (Typ I oder Typ II?)

Herz-/ Kreislaufbeschwerden

- Rheuma
- Nierenerkrankungen, welche?
- Erkrankungen des Verdauungstraktes (Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse), welche?
.....
- Verdauungsprobleme, welche? Verstopfung Durchfall Blähungen
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Laktose Fruktose Histamin Gluten
- Allergien, Nahrungsmittelallergien, Asthma (bitte unterstreichen)
- Anämie (Blutarmut)
- Essstörung
 - Anorexie (Magersucht) Bulimie (Ess-Brech-Sucht) Binge Eating
- Gewichtsprobleme
 - Übergewicht Untergewicht
- Schilddrüsenerkrankung
- Krebserkrankungen, welche?
- Ist bei Ihnen eine Covid-19-Erkrankung festgestellt worden, wenn ja wann?
- Parodontitis?

NEHMEN SIE DERZEIT MEDIKAMENTE EIN? Ja Nein

Falls ja, welche?
.....
.....
.....

Gab es Antibiotika-Therapien in den letzten Jahren, wenn ja warum?
.....

NEHMEN SIE DERZEIT FOLGENDES EIN? Ja Nein

- Vitamin- oder Mineralstoffpräparate, welche
- Eiweißpräparate, welche
- Sonstige:

HABEN WIR WAS VERGESSEN / ERGÄNZUNGEN
.....

Hiermit bestätige ich oben gemachte Angaben.

Datum

Unterschrift