

Fragebogen für die Ernährungsberatung

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

Raucher Ja Nein Wenn Ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Sport Ja Nein Bitte machen Sie auf der nächsten Seite genauere Angaben.

Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welche Woche? _____

Stillzeit Ja Nein

Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie eine oder mehrere Risikofaktoren bzw. Erbkrankheiten festgestellt worden?

Bitte Zutreffendes ankreuzen und bitte bringen Sie zum nächsten Termin alle vorhandenen Blut-, Laborinformationen mit. Sie können mir diese auch per E-Mail zukommen lassen.

<input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Erhöhte Triglyzeride	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Erhöhte Cholesterinwerte	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäurewerte / Gicht	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Verdauungstraktes <small>(Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse)</small>	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Osteoporose	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Gelenkerkrankungen <small>(Rheuma / Arthritis, Gelenkersatz)</small>	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Gingivitis / Parodontitis	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Übergewicht / Untergewicht	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Allergien / Asthma / Heuschnupfen	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____
<input type="checkbox"/> Sonstiges	Sie seit: _____	Ihre Familie seit: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?

Ja Nein Wenn ja, welche, wie viel und seit wann? _____

Angaben zur körperlichen Belastung im Beruf, Alltag und Freizeit?

Berufliche Tätigkeit Arbeitszeit pro Tag _____ Stunden Arbeitszeit pro Woche _____ Tage

überwiegend sitzend überwiegend stehende Tätigkeit

Körperliche Belastung niedrig mittel schwer

Arbeit in Schicht Ja Nein Wenn ja, welche Art? _____

Freizeit- Bewegung - Sport

Sportart _____	Häufigkeit _____ <small>(pro Tag/Woche/Monat)</small>	Dauer _____ <small>(in Minuten/Stunden)</small>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hobbies _____

Wie schätzen Sie Ihre Lebensqualität ein? gut eingeschränkt stark eingeschränkt

Wie glücklich fühlen Sie sich? unglücklich neutral happy

Wie sind Ihre Essgewohnheiten? regelmäßig unregelmäßig

Wie viele Mahlzeiten essen Sie am Tag? Hauptmahlzeiten _____ Zwischenmahlzeiten _____

Achten Sie auf spezielle Kostformen/Diäten? Ja Nein Wenn ja, welche, wieviel und seit wann? _____

Wo und mit wem essen Sie?

Zuhause alleine mit Partner/Familie
Wenn ja, wie häufig und welche Mahlzeiten? _____

unterwegs am Arbeitsplatz im Auto in der Kantine im Imbiss im Restaurant
Wenn ja, wie häufig und welche Mahlzeiten? _____

Datum _____ Unterschrift _____