

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