



Ernährungsberatung Fragebogen

Persönliche Angaben

Name

Adresse

Telefonnummer

Emailadresse

Geburtsdatum

Geschlecht

Größe

Gewicht

Gewicht mit 20

Gewichtsverlauf letzte 6 Monate

Soziale Situation (zutreffendes Umkreisen)

Verheiratet

Im Haushalt der Eltern

Ledig

Kinder und Anzahl

In einer Partnerschaft

_____ Kinder leben in meinem Haushalt

Geschieden

Lebe alleine

Verwitwet

Lebe mit Partner zusammen

Berufliche Situation

Berufstätig

Beruf

Arbeitszeiten pro Wochen in Stunden

Schichtarbeit Nachtarbeit

Auszubildender als

Studierender als

Berentet

Arbeitsunfähig

Arbeitslos

Warum wünschen Sie eine Ernährungsberatung?

Gewichtsreduktion

Gewichtszunahme

Chronische Erkrankungen

Lebensqualität erhöhen

Wohlbefinden steigern

Ernährungsumstellung

Ärztliche Empfehlung

Sonstiges

Was sind Ihre Erwartungen an mich?

Was erhoffen Sie von einer Ernährungsberatung?

Erkrankungen

Erhöhte Blutfettwerte

Erhöhte Cholesterinwerte

Erhöhte Triglyceridwerte

Gicht

Diabetes Typ 1

Diabetes Typ 2

Erhöhter Blutdruck

Schlafprobleme (bitte beschreiben)

Herzerkrankungen (bitte beschreiben)

Gefäßerkrankungen (bitte beschreiben)

Lungenerkrankungen (bitte beschreiben)

Wirbelsäulenerkrankungen (bitte beschreiben)

Schilddrüsenerkrankungen (bitte beschreiben)

Nierenerkrankungen (bitte beschreiben)

Chronische entzündliche Darmerkrankungen (bitte beschreiben)

Bauchspeicheldrüsenerkrankungen (bitte beschreiben)

Lebererkrankungen (bitte beschreiben)

Gelenkerkrankungen (bitte beschreiben)

Autoimunerkrankungen (bitte beschreiben)

Krebserkrankungen (bitte beschreiben)

Multiple Sklerose

Osteoporose

Gallenstein

Sonstige Erkrankungen

In meiner Familie kommen folgende Erkrankungen gehäuft vor

Ich wurde an folgenden Organen operiert (bitte mit Zeitangabe)

Beschwerden (zutreffendes bitte umkreisen)

Allgemeines Beschwerden

Zurzeit habe ich keine

Beschwerden Atemnot in Ruhe

Atemnot unter Belastung (nach 1-2 Etagen)

Atemnot unter Belastung (nach 2-3 Etagen)
Schmerzen in der Brust

Unregelmäßiger Herzschlag

Schmerzen in den Beinen nach dem Gehen von < 200 m

Schmerzen in den Beinen nach dem Gehen von < 500 m

Sehstörungen

Nächtliches Schnarchen

Häufiges nächtliches Wasserlassen

Häufiges Einschlafen am Tag

Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Antriebslosigkeit

Unruhe

Verstärktes Schwitzen

Sonstiges

Schmerzen

Diffus/ nicht definierbar

Häufige Kopfschmerzen

Hände, Finger, Arme

Muskelschmerzen

Nervenschmerzen

Lähmungserscheinungen

Füße, Knie

Halswirbelsäule

Brustwirbelsäule

Lendenwirbelsäule

Sonstiges

Physiologische Veränderungen

Vermehrte Hautverfärbungen

Bildung von roten Dehnungsstreifen

Häufige Pilzinfektionen

Häufige Virusinfektionen

Probleme mit der Wundheilung

Krampfadern

Haarausfall

Sonstiges

Wohlbefinden

Ich fühle mich in der körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt

Ich fühle mich seelisch/psychisch beeinträchtigt

Ich fühle mich in meiner sozialen/ökonomischen Situation eingeschränkt

Ich isoliere/distanziere mich

Ich bin in psychologischer/psychiatrischer Behandlung

Ich war schon mal in einer psychologischen/psychiatrischen Behandlung

Gynäkologische/Urologische Informationen

Ich bin derzeit schwanger

Schwangerschaftswoche

Alter der ersten Regelblutung
_____ Jahre

Ich habe während einer Schwangerschaft mehr als
15 kg zugenommen. ____ kg zugenommen

Ich habe nach der Entbindung wieder mein
Ausgangsgewicht erreicht. **Ja** **Nein**

Ich litt während der Schwangerschaft unter
Schwangerschaftsdiabetes

Befinden Sie sich in der Menopause? **Ja** **Nein**

Wenn ja Seit wann?

Leiden Sie unter Libidoverlust? **Ja** **Nein**

Leiden sie unter einer Vergrößerung der Prostata?
Ja **Nein**

Bewegungsverhalten

Ich treibe Sport **Ja** **Nein**

Sportart

Häufigkeit pro Woche:

Ich gehe zu Fuß

< 3000 Schritte am Tag

3000 bis 6000 Schritte am Tag

> 6000 Schritte am Tag

Ich gehe regelmäßig Freizeitaktivitäten nach

Freizeitaktivität

Trinkverhalten

Insgesamt trinke ich _____ Liter am Tag.

Ich trinke _____ Liter Wasser oder ungesüßten Tee am Tag.

Ich trinke _____ Liter zuckerhaltige Softdrinks und Saft am Tag

Ich trinke _____ Liter Light-Getränke am Tag

Ich trinke _____ Tassen Kaffee am Tag

mit Milch

mit Zucker

Wie häufig trinken Sie Alkohol?

täglich

3-4mal pro Woche

1-2mal pro Woche

1-2mal pro Monat

nie

Ich trinke bevorzugt folgende alkoholische Getränke

Raucherstatus

Ich rauche **Ja** **Nein**

Ich bin seit _____ Jahren Raucher

Ich rauche täglich _____ Zigaretten

Ich bin Ex-Raucher seit

Medikamente

Ich nehme folgende Medikamente (auch Insulin) und Nahrungsergänzungsmittel ein:

Medikament, Dosis, Tageszeit

Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien

Ich habe folgende Allergien

Ich habe folgende
Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Ich habe gegen folgende Lebensmittel eine
Abneigung

Kostform

Ich ernähre mich nach folgender Kostform:

Mischkost

vegetarische Kost

vegane Kost

sonstiges

Ernährungsverhalten

Ich esse täglich _____ Mahlzeiten
(inklusive Zwischenmahlzeiten)

Ich esse regelmäßig **Ja** **Nein**

Wenn Nein. Warum essen Sie unregelmäßig?

Ich esse langsam **Ja** **Nein**

Ich esse schnell **Ja** **Nein**

Wer bereitet Ihr Essen zu?

Ich esse oft/regelmäßig außerhalb **Ja** **Nein**

Wenn ja wo z.B. Kantine, Restaurants?

Ich esse regelmäßig Fast Food **Ja** **Nein**

Ich esse mit Ablenkung z.B. Zeitung, Fernseher, etc.
Ja **Nein**

Wenn ja wie?

Ich esse in Gesellschaft **Ja** **Nein**

Ich konsumiere Süßigkeiten und Knabbereien

mehrmals am Tag

einmal am Tag

2-3mal pro Woche

einmal pro Woche Seltener

Ich verzehre bevorzugt folgende Süßwaren und Knabbereien

Ernährungsprobleme

Ich leide unter folgenden ernährungsbezogenen Problemen

Verstopfungen

Anzahl der Stuhlentleerungen pro Woche

Durchfall

Anzahl der Stuhlentleerungen am Tag

Blähungen

Appetitlosigkeit Sodbrennen

Übelkeit

Erbrechen

Völlegefühl

Kaustörungen

Schluckstörungen

Geschmacksveränderungen