

## Fragebogen für die Ernährungsberatung

Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____ Alter: _____
Straße, Hausnummer: _____	Größe: _____
PLZ, Wohnort: _____	Gewicht: _____
Telefon, privat: _____	Familienstand: _____
Telefon, mobil: _____	Kinder (Alter): _____
Telefon, Arbeit: _____	Beruf: _____
Bitte markieren Sie die Nummer, unter der Sie am besten erreichbar sind.	
Mail-Adresse: _____	

<b>Raucher:in:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<b>Sportler:in:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wenn ja, wie viele pro Tag? _____	(Bitte machen Sie auf der nächsten Seite genauere Angaben.)

**Für schwangere und/oder stillende Personen:** In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie? \_\_\_\_\_ Stillzeit:     ja     nein

**Sind bei Ihnen (oder in Ihrer Familie) eine oder mehrere der folgenden Risikofaktoren bzw. Erkrankungen festgestellt worden?**

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. Bitte bringen Sie **aktuelle Labor-/Blutwerte** mit.

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

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente /Nahrungsergänzungsmittel ein?**  ja  nein

Wenn ja, welche, wie viel und seit wann? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Angaben zur körperlichen Belastung in Beruf und Freizeit

• **Berufliche Tätigkeit**      Arbeitszeit pro Tag: \_\_\_\_\_ Stunden      Arbeitstage pro Woche: \_\_\_\_\_ Tage

überwiegend sitzend       überwiegend mittelschwere/stehende Tätigkeit       überwiegend schwere körperliche Tätigkeit

**Arbeit in Schicht**     ja     nein    Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### • Freizeit – Bewegung – Sport

Sportart	Häufigkeit (pro Tag/Woche/Monat)	Dauer (in Minuten/Stunden)

**Hobbys:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Wie schätzen Sie Ihre Lebensqualität ein?**     gut     eingeschränkt     stark eingeschränkt

**Wie sind Ihre Essgewohnheiten?**     regelmäßig     unregelmäßig

**Wie viele Mahlzeiten essen Sie am Tag?** \_\_\_\_\_ davon:      Hauptmahlzeiten: \_\_\_\_\_      Zwischenmahlzeiten: \_\_\_\_\_

**Achten Sie auf spezielle Kostformen/Diäten?**     ja     nein    Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Wo und mit wem essen Sie?

- zu Hause**     mit Familie/Partner:in    Wenn ja, wie häufig und welche Mahlzeiten? \_\_\_\_\_  
                    allein                                    Wenn ja, wie häufig und welche Mahlzeiten? \_\_\_\_\_
- unterwegs**     am Arbeitsplatz    Wenn ja, wie häufig pro Woche oder Monat? \_\_\_\_\_  
                            im Auto                                        Wenn ja, wie häufig pro Woche oder Monat? \_\_\_\_\_  
                            in der Kantine                                Wenn ja, wie häufig pro Woche oder Monat? \_\_\_\_\_  
                            im Imbiss                                        Wenn ja, wie häufig pro Woche oder Monat? \_\_\_\_\_  
                            im Restaurant                                Wenn ja, wie häufig pro Woche oder Monat? \_\_\_\_\_

**Hiermit bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben korrekt sind.**

**Datum**

**Unterschrift**