essenz
Dr. Heike Niemeier
und Team

Fragebogen für die Ernährungsberatung

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon, privat: _____

Telefon, mobil: _____

Telefon, Arbeit: _____

Bitte markieren Sie die Nummer, unter der Sie am besten erreichbar sind.

Mail-Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Familienstand: _____

Kinder (Alter): _____

Beruf: _____

Raucher*in: ○ ja ○ nein

Wenn ja, wie viele pro Tag? _____

Sportler*in: ○ ja ○ nein

(Bitte machen Sie auf der nächsten Seite genauere Angaben.)

Für Frauen: Derzeitige Schwangerschaft? ○ ja ○ nein Wenn ja, welche Woche? _____ 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.

○ **Erhöhte Blutfettwerte**		
○ **Erhöhte Triglyzeride**	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____
○ **Erhöhte Cholesterinwerte**	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____
○ **Erhöhter Blutdruck**	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____
○ **Diabetes Mellitus** ○ **Typ 1** ○ **Typ 2**	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____
○ **Herzerkrankung**	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____
○ **Schlaganfall**	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____
○ **Erhöhte Harnsäurewerte/Gicht**	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____
○ **Verdauungsprobleme**	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____
○ **Erkrankungen des Verdauungstraktes** (Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse)	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____
○ **Nierenerkrankungen**	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____
○ **Osteoporose**	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____
○ **Krebserkrankungen**	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____
○ **Übergewicht** ○ **Untergewicht**	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____
○ **Nahrungsmittelallergien**	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____
○ **Nahrungsmittelunverträglichkeiten**	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____
○ **Allergien / Asthma / Heuschnupfen**	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____
○ **Schilddrüsenerkrankungen**	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____
○ **Hauterkrankungen**	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____
○ **Sonstiges**	○ **Sie: seit** _____	○ **Ihre Familie: seit** _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente 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**