

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: _____	

Raucher:in: ja nein

Sportler:in: ja 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.

o Erhöhte Blutfettwerte

o Erhöhte Triglyzeride

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Erhöhte Cholesterinwerte

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Erhöhter Blutdruck

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Diabetes Mellitus Typ 1 Typ 2

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Herzerkrankung

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Schlaganfall

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Erhöhte Harnsäurewerte/Gicht

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Verdauungsprobleme

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Erkrankungen des Verdauungstraktes

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse

o Nierenerkrankungen

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Osteoporose

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Gelenkerkrankungen (Rheuma / Arthritis, Gelenkersatz)

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Gingivitis / Parodontitis

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Krebserkrankungen

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Übergewicht Untergewicht

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Nahrungsmittelallergien

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Nahrungsmittelunverträglichkeiten

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Allergien / Asthma / Heuschnupfen

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Schilddrüsenerkrankungen

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Autoimmunerkrankungen

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Hauterkrankungen

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

o Sonstiges

o Sie: seit _____

o Ihre Familie: seit _____

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