

Ihr persönlicher Fragebogen

Um Ihnen eine individuelle Ernährungsberatung anbieten zu können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Die Angaben des Fragebogens unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

<hr/> Name, Vorname *	<hr/> Geburtsdatum
<hr/> Straße Nr. *	<hr/> PLZ Ort *
<hr/> Mobilnummer *	<hr/> E-Mail*
<hr/> Krankenversicherung *	<hr/> Ausgefüllt am *

Sind bei Ihnen eine oder mehrere Diagnosen bekannt?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	seit: _____	<input type="checkbox"/> Rheuma	seit: _____
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	seit: _____	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	seit: _____
<input type="checkbox"/> Zustand nach Schlaganfall	seit: _____	<input type="checkbox"/> Überfunktion	
<input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt	seit: _____	<input type="checkbox"/> Unterfunktion	
<input type="checkbox"/> Typ-2-Diabetes (Zuckerkrankheit)	seit: _____	<input type="checkbox"/> Hashimoto	
ggf. mit Schädigungen der		<input type="checkbox"/> Basedow	
<input type="checkbox"/> Augen	seit: _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
<input type="checkbox"/> Nieren	seit: _____	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	seit: _____
<input type="checkbox"/> Nerven	seit: _____	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	seit: _____
<input type="checkbox"/> Typ-1-Diabetes	seit: _____	<input type="checkbox"/> Fettleber	
<input type="checkbox"/> Gallensteine, ggf. mit Gallenkoliken	seit: _____	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung (erhöhte Cholesterinwerte)	seit: _____	<input type="checkbox"/> Leberentzündung (NASH)	
<input type="checkbox"/> Gicht	seit: _____	<input type="checkbox"/> Leberzirrhose	
		<input type="checkbox"/> Leberfibrose	
		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
		<input type="checkbox"/> Depressionen	seit: _____
<input type="checkbox"/> Sonstige Diagnosen _____			

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Name des Medikaments	Einnahme			Anmerkung
	morgens	mittags	abends	

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche?

Name des Nahrungsergänzungsmittel	Einnahme			Anmerkung
	morgens	mittags	abends	

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?
Wenn ja, welche?

Ernährung

Gewicht

Wann traten bei Ihnen erstmals Gewichtsprobleme auf?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kindheit | <input type="checkbox"/> Pubertät | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Wechseljahre |
| <input type="checkbox"/> Nach Operationen | <input type="checkbox"/> Durch Medikamente | <input type="checkbox"/> Nach dem Aufhören von Rauchen | <input type="checkbox"/> Durch Stress / Depressionen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | | |

Wie hoch ist Ihr Übergewicht?

- | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bis 5 kg | <input type="checkbox"/> bis 10 kg | <input type="checkbox"/> bis 15 kg | <input type="checkbox"/> bis 20 kg | <input type="checkbox"/> >20kg |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|

Wie viel Gewicht mochten Sie abnehmen?

- | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bis 5 kg | <input type="checkbox"/> bis 10 kg | <input type="checkbox"/> bis 15 kg | <input type="checkbox"/> bis 20 kg | <input type="checkbox"/> >20kg |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|

Welche Abnehmversuche / Diäten haben Sie bisher unternommen?

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> FDH | <input type="checkbox"/> Weight Watchers | <input type="checkbox"/> Metabolic Balance | <input type="checkbox"/> Online-Programme |
| <input type="checkbox"/> Schlank im Schlaf | <input type="checkbox"/> Low Carb | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | | | |

Gab es unangenehme Begleiterscheinungen bei früheren Diätversuchen?

- | | | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hunger | <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> Jo-Jo-Effekt |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | | | |

Haben Sie Stress?

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> viel |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|

Ernährungsgewohnheiten

Wie oft essen Sie taglich?

- | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2 x | <input type="checkbox"/> 3 x | <input type="checkbox"/> 4 x | <input type="checkbox"/> 5 x | <input type="checkbox"/> mehr als 5 x |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|

Frühstücken Sie?

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> nie |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|

Essen Sie zu Abend?

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> nie |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|

Wann essen Sie zu Abend?

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vor 18 Uhr | <input type="checkbox"/> 18 – 20 Uhr | <input type="checkbox"/> nach 20 Uhr |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

Wer kauft Ihre Lebensmittel ein?

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> ich selbst | <input type="checkbox"/> mein/e Partner/in | <input type="checkbox"/> fremde Personen |
|-------------------------------------|--|--|

Wer bereitet die Mahlzeiten zu?

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> ich selbst | <input type="checkbox"/> mein/e Partner/in | <input type="checkbox"/> fremde Personen |
|-------------------------------------|--|--|

Mit wem essen Sie am häufigsten?

- | | | |
|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> mit der Familie | <input type="checkbox"/> mit FreundInnen/KollegInnen |
|----------------------------------|--|--|

Sind die Mahlzeiten für Sie angenehm?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ich esse gerne | <input type="checkbox"/> ich habe ein schlechtes Gewissen | <input type="checkbox"/> ich esse mehr, als ich will |
|---|---|--|

Wie oft essen Sie auswärts?

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|

Essen Sie beim Einkaufen, im Kino oder beim Fernsehen?

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> nie |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|

Was essen Sie dann?

- | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Süßigkeiten | <input type="checkbox"/> Gebäck | <input type="checkbox"/> Pizza | <input type="checkbox"/> Chips/Salziges | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---|---|

Wie oft essen Sie ...

... Gemüse / Salat

3–5 x/Tag 1–2 x/Tag 4–5 x/Woche 1–3 x/Woche selten/nie

... Obst

3–5 x/Tag 1–2 x/Tag 4–5 x/Woche 1–3 x/Woche selten/nie

... Vollkornprodukte (Vollkornbrot, Vollkornnudeln, Vollkornreis, ...)

3–5 x/Tag 1–2 x/Tag 4–5 x/Woche 1–3 x/Woche selten/nie

... Weißmehlprodukte (helle Brötchen, Baguette, weiße Nudeln, ...)

3–5 x/Tag 1–2 x/Tag 4–5 x/Woche 1–3 x/Woche selten/nie

... Wurst

3–5 x/Tag 1–2 x/Tag 4–5 x/Woche 1–3 x/Woche selten/nie

... Fleisch

3–5 x/Tag 1–2 x/Tag 4–5 x/Woche 1–3 x/Woche selten/nie

... Fisch

>3x/Woche 1–3x/Woche 1–2x/Monat selten/nie

... Eier

täglich 3–5x/Woche 1–2x/Woche selten/nie

... Milch und Milchprodukte

3–5 x/Tag 1–2 x/Tag 3–5 x/Woche 1–2 x/Woche selten/nie

... Fast Food

3–5 x/Tag 1–2 x/Tag 1–5 x/Woche 1–2 x/Monat selten/nie

... Fertiggerichte (Pizza, Ravioli, Mikrowellengerichte, Konserven, ...)

3–5 x/Tag 1–2 x/Tag 1–3 x/Woche 1–2 x/Monat selten/nie

... Süßigkeiten / Kuchen / Knabberartikel

3–5 x/Tag 1–2 x/Tag 4–5 x/Woche 1–3 x/Woche selten/nie

Was nehmen Sie an Getränken zu sich?

Wasser/ Mineralwasser

>5 x/Tag 4–5 x/Tag 3–4 x/Tag 1–2 x/Tag nicht täglich

Fruchtsäfte

>5 x/Tag 4–5 x/Tag 3–4 x/Tag 1–2 x/Tag nicht täglich

Kräutertee

>5 x/Tag 4–5 x/Tag 3–4 x/Tag 1–2 x/Tag nicht täglich

Cola, Limonaden (auch light)

>5 x/Tag 4–5 x/Tag 3–4 x/Tag 1–2 x/Tag nicht täglich

Kaffee / schwarzer Tee

>5 x/Tag 4–5 x/Tag 3–4 x/Tag 1–2 x/Tag nicht täglich

Genussmittel

Rauchen Sie?

>20 Zigaretten/Tag 10–20 Zigaretten/Tag bis 10 Zigaretten/Tag gelegentlich nie

Wie oft trinken Sie Alkohol?

täglich >3 x/Woche 1–3 x/Woche gelegentlich nie

Welche alkoholischen Getränke trinken Sie?

keine Wein Bier Spirituosen Alkopops

Sonstiges _____

Bewegung

Welche sportliche Aktivitäten führen Sie durch?

- | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Joggen | <input type="checkbox"/> Radfahren/Heimtrainer | <input type="checkbox"/> Wandern | <input type="checkbox"/> Crosstrainer/Stepper |
| <input type="checkbox"/> Krafttraining | <input type="checkbox"/> Strammes Gehen | <input type="checkbox"/> Gymnastik | <input type="checkbox"/> Nordic Walking |
| <input type="checkbox"/> Schwimmen | <input type="checkbox"/> Sonstiges, d. h. _____ | <input type="checkbox"/> keine | |

Wie lange betätigen Sie sich in der Woche sportlich?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> weniger als 30 Minuten | <input type="checkbox"/> ca. 30 Minuten | <input type="checkbox"/> ca. 45 Minuten | <input type="checkbox"/> ca. 60 Minuten |
| <input type="checkbox"/> ca. 90 Minuten | <input type="checkbox"/> ca. 120 Minuten | <input type="checkbox"/> mehr als 120 Minuten | |

Wie schätzen Sie dabei Ihre Intensität ein?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> geringe Intensität | <input type="checkbox"/> mittelmäßige Intensität | <input type="checkbox"/> hohe Intensität |
|---|--|--|

Seit wann betreiben Sie Sport?

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> seit Kurzem | <input type="checkbox"/> seit ca. ½ Jahr | <input type="checkbox"/> seit ca. 1 Jahr | <input type="checkbox"/> länger als 1 Jahr |
|--------------------------------------|--|--|--|

Sind Sie Mitglied in einem Sportverein / Fitnessstudio?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Ihre früheren sportlichen Aktivitäten?

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> regelmäßig, und zwar: _____ |
|--------------------------------|------------------------------------|--|

Körperliche Einschränkungen

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kniegelenkerkrankung | <input type="checkbox"/> Hüftgelenkerkrankung | <input type="checkbox"/> Rücken- bzw. Wirbelsäulenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen des Bewegungsapparates: | | |
-
-
-

Hinweis:

Die angegebenen Daten werden nur zu Beratungs- und statistischen Zwecken verwendet und nicht an Dritte weitergegeben

Drucken

Per E-Mail senden