

## Fragebogen für Ernährungs- und/ oder Mikronährstoffberatung

*Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen VOR Ihrem Erstberatungsgespräch bei uns aus und senden Sie uns diesen, zusammen mit möglichen Vor-Laboren oder Arztberichten mindestens 7 Tage VOARB per Post oder Email zu.*

*Bei einer Ernährungsberatung füllen Sie bitte ZUSÄTZLICH das Ernährungsprotokoll (für mindestens 1 Woche) aus. Vielen Dank!*

Ich möchte eine

- Ernährungsberatung
- Mikronährstoffberatung
- kombinierte Ernährungs- und Mikronährstoffberatung

Bei

- Marina Diener
- Dr. Constanze Lohse
- egal ob bei Frau Diener oder Dr. Lohse

Ich bin

- gesetzlich versichert
- privat versichert

### **Angaben zur Person**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/ Nr: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

weiblich  männlich

Beziehungssituation:  allein lebend  geschieden  verheiratet   
in fester Partnerschaft  
 Kinder

Derzeitige berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Wochenarbeitszeit: \_\_\_\_ h

Größe: \_\_\_\_\_ m

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Bauchumfang: \_\_\_\_\_ cm

Veränderung Ihres Körpergewichts/ Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:

- mein Gewicht kaum verändert
- \_\_\_\_kg abgenommen
- \_\_\_\_kg zugenommen

Welches Anliegen führt Sie zu uns? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Erkrankungen der Familie** (bei Mutter/ Vater/ Geschwistern)

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Krebserkrankung (welche?)
- Neurodermitis/ Allergie/ Asthma
- Depression/ Nervenleiden
- Sonstige

Welche **Erkrankungen** gab oder gibt es **bei Ihnen selbst** und (seit) wann?

- Bluthochdruck
- Herzinfarkt/ Koronare Herzkrankheit
- Herzrhythmusstörungen
- Schlaganfall

- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankung (Unterfunktion, Überfunktion, Hashimoto, etc.)
- Nierenerkrankung (Nierensteine, Nierenschwäche, etc.)
- Darmerkrankungen (chron. Entzündl. Darmerkrankungen/ Reizdarm, etc.)
- Lebererkrankung
- Rheuma
- Hörsturz/ Tinnitus
- Depression/ Nervenleiden
- Hauterkrankungen (Neurodermitis, Psoriasis, Akne, etc.)
- Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD etc.)
- Heuschnupfen
- Allergien (Allergietest?)
- Sonstiges

Gab es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen, insbesondere der Halswirbelsäule (Wann? Was?): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen Auffälligkeiten? (z.B. erhöhte Leberwerte Nierenwerte Blutzuckerwerte , Cholesterin, Entzündungswerte, Eisenmangel, Blutarmut, auffällige Schilddrüsenwerte, etc. )  
 Wenn ja, bitte Laborwerte in Kopie anfügen.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an folgenden Beschwerden?

- Auswurf/ Schleimgefühl im Hals oder Rachen
- Verstopfte Nase/ Naselaufen/ Nießen
- Luftnot bei Anstrengung
- Luftnot in körperlicher Ruhe
- Engegefühl/Beklemmung der Brust
- Einschlafstörung
- Durchschlafstörung
- Nächtliche Atemauffälligkeiten/ -pausen/ Schnarchen
- Nächtliches Zähneknirschen
- Morgendliche Unausgeschlafenheit/ Müdigkeit am Tage
- Rasche Erschöpfung bei Anstrengung
- Konzentrationsstörung
- Gedächtnisstörung
- Schwindel
- Heißhungerattacken
- Appetitlosigkeit



Rauchen: \_\_Zig/Tag

Alkohol: \_\_/Woche

Treiben Sie regelmäßig Sport? (wenn ja was/ wie viel?)

---

---

---

### **Spezielle Ernährungsanamnese:**

Ernähren Sie sich nach einer spez. Ernährungsform (Low fat, Low Carb, Vegetarisch, vegan, Paleo, etc.)?  ja  nein

Wenn ja, seit wann?

---

---

---

---

---

Neigen Sie zu emotionalem Essen?

Neigen Sie zu „Fressanfällen“?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Situation? \_\_\_\_\_

Essen Sie generell

regelmäßig  unregelmäßig  viele Zwischenmahlzeiten?

Kochen Sie selbst?  nie  gelegentlich  häufig   
täglich

Essen Sie außer Haus?  nie  gelegentlich  häufig   
täglich

Wo gehen Sie primär einkaufen?

---

---

---

Was ist Ihr Lieblingsessen?

---

---

---

**Bei Übergewicht:**

Niedrigstes Gewicht: \_\_\_\_ kg (Zeitpunkt: \_\_\_\_\_)

Höchstes Gewicht: \_\_\_\_ kg (Zeitpunkt: \_\_\_\_\_)

Wunschgewicht: \_\_\_\_ kg (Zeitpunkt: \_\_\_\_\_)

Bereits absolvierte Diätversuche und deren Erfolge:

---



---



---



---



---

Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	Ab & zu	Mehrfach pro Woche	1 mal täglich	Mehrfach täglich
Milch					
Quark, Joghurt					
Käse					
Eier					
Brot/ Brötchen					
Müsli					
Nudeln					
Reis					
Kuchen/ Kekse					
Süßigkeiten					
Chips					
Fleisch					
Fisch					
Wurst					
Gemüse					
Obst					
Hülsenfrüchte					
Nüsse					
Fastfood					
Fruchtsäfte					
Softdrinks wie Cola					
Bier (Gläser)					
Wein (Gläser)					

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)? \_\_Liter

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?

---

---

---

---

**Was erhoffen Sie sich von unserer Beratung?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Kosten:**

Mir ist bekannt, dass die Kosten für die Ernährungsberatung nicht von der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen übernommen werden. Die Abrechnung erfolgt nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und richtet sich nach Aufwand und Dauer der Beratung.

**Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung:**

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis Berliner Allee zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

---

Ort, Datum

Unterschrift