

## 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 und dem Ernährungsprotokoll mindestens 7 Tage VOARB per Post oder Email zu. Vielen Dank!*

### **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



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
- Mundgeruch
- Schmerzen (Wo genau?)
- Muskel- oder Wadenkrämpfe
- Muskelschwäche
- Antriebslosigkeit/ Lustlosigkeit
- Traurigkeit/ Depressivität
- Ängste
- Vermehrtes Schwitzen
- Kopfschmerzen
- Haarausfall
- Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)
- Gehäuftes Wasserlassen
- Augentrockenheit



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: \_\_\_\_\_)

Höchtes 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

