

Datum: _____

Fragebogen für die Ernährungsberatung

Name: _____ Alter: _____

Krankenkasse: _____

Aus welchem Grund suchen Sie die Ernährungsberatung auf? Was wünschen Sie sich?

Waren Sie schon einmal bei einer Ernährungsberatung oder -schulung?

Nein Ja, Schulung/ Vortrag Ja, persönliche Beratungen (_____ Termine) im Jahr _____

Bei welchen Ärzten und Therapeuten sind Sie in Behandlung?

Fachrichtung:	Name:	Ort:
Hausarzt		

Körpergröße: _____ cm | Körpergewicht: _____ kg | Taillenumfang _____ cm

Welche der folgenden Diagnosen haben Sie erhalten? Welche Beschwerden haben Sie?

Stoffwechsel- und Kreislauferkrankungen:

- Erhöhte Cholesterinwerte Bluthochdruck Arteriosklerose Gicht
 - Prädiabetes Insulinresistenz Diabetes mellitus Typ 2 Typ 1
 - Herzinsuffizienz/-schwäche Herzrhythmusstörung (welche?): _____
 - Bypässe (wann?) _____ Herzinfarkt (wann?) _____ Schlaganfall (wann?) _____
- Andere Herzerkrankung: _____

Erkrankungen versch. Organe (z.B. Leber, Niere, Lunge, Haut, Magen, Darm Erkrankungen)

- Fettleber Leberzirrhose Gallensteine
- Pankreasinsuffizienz Pankreatitis (wann?) Gallenblase entfernt (wann): _____
- Nierensteine Niereninsuffizienz (Grad?) Dialyse
- Asthma COPD/ Lungenemphysem (Aktuelle Lungenfunktion?) _____
- Schlafapnoesyndrom Schlafstörung: _____
- Schilddrüsenunterfunktion Morbus Basedow Hashimoto- Thyreoditis
- Gastritis Reflux- Ösophagitis Zöliakie
- Reizdarmsyndrom Reizmagen Divertikulose
- Morbus Crohn Colitis Ulcerosa Dünndarmfehlbesiedlung
- Hämorrhoiden Analfistel(n) Sorbitintoleranz
- Fruktosemalabsorption Laktoseintoleranz Urticaria (Nesselsucht)
- Heuschnupfen Neurodermitis Rosacea
- Akne Ekzeme Psoriasis (Schuppenflechte)
- Allergie gegen: _____

Ich habe folgende Verdauungs- bzw. Stuhlgangsbeschwerden:

- Verstopfung Durchfall oder weicher Stuhl
- Sodbrennen Saures Aufstoßen
- Magendruck/ Völlegefühl Aufgeblätheit
- Windabgang/ Flatulenz Bauchschmerzen
- Schmerzen beim Stuhlgang Unvollständige Entleerung

Ich habe _____ mal Stuhlgang
 pro Tag pro Woche

- Übelkeit
- Erbrechen
- Schwindel/ Kreislaufbeschwerden

Sonstige Verdauungsbeschwerden: _____

Orthopädische, neurologische, rheumatologische Erkrankungen und Beschwerden:

- Rückenschmerzen Arthrose (welche Gelenke?) _____
 Bandscheiben- Vorfall/ Vorfälle (wo, seit wann?): _____
 Osteoporose/ Osteopenie Rheumatische Erkrankung: _____
 Migräne Lipödem Lymphödem
 Polyneuropathie Fibromyalgie Krampfadern
 Morbus Parkinson Multiple Sklerose Epilepsie
 ME/CFS, Long-/Post Covid (Symptome?): _____
 Chronische Schmerzen (wo?): _____

Psychische/neuropsychiatrische Diagnosen

- Depression Borderline- Störung Burn- Out- Syndrom (wann?)
 AD(H)S Autismus Angststörung
 Magersucht (Anorexie) Bulimie Binge-Eating-Störung

Gynäkologische Erkrankungen/ Frauen-Gesundheit

- PCO- Syndrom Endometriose Adenomatose
 Ausbleibende Monatsblutung Unregelmäßige Blutung Zyklusstörung
 Hormonstörung Unerfüllter Kinderwunsch in Kinderwunschbehandlung
 Wechseljahresbeschwerden: _____

Krebserkrankungen (welche, wann?): _____
 Therapie (Maßnahmen, Beschreibung): _____
 _____ Therapie abgeschlossen (wann?) _____

Diagnostizierte Vitamin- oder Nährstoffmängel: _____

Geplante/ anstehende Operationen, Therapien, Behandlungen (Wann? Wegen welcher Erkrankung?)

Bitte hier alle noch nicht genannten Diagnosen und Beschwerden nennen: _____

Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein? (ggf. Medikamentenplan beilegen)

Name	Dosierung	Grund/ Erkrankung:	Einnahme/ Tageszeit:

Soweit bekannt: Sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, eigene Kinder, Großeltern) folgende gesundheitliche Probleme oder Erkrankungen aufgetreten?

	Wer?	Details, wie alt bei Diagnose, Verlauf:
Diabetes Typ 1 2		
Herzinfarkt/Schlaganfall		
Bluthochdruck		
Krebs:		

Ergänzende Fragen zu Ihrer Gesundheit:

Leiden Sie unter Stress oder psychischer Belastung? Nein, so gut wie nie Ja, ab und zu
 Ja/ häufig aus folgendem/n Grund/Gründen:

Wie oft trinken Sie Alkohol? _____mal pro Woche _____pro Monat seltener nie

Rauchen Sie? Nein, noch nie Vor _____ Jahren Monaten aufgehört Ja, und zwar:
 ___Stk. Zigaretten ___mal E-Zigaretten/Shisha ___mal anderes: _____ **pro Tag** **pro Woche**

Fragen zu Ihrem Körpergewicht

Ich möchte.... abnehmen mein Gewicht halten zunehmen. Wunschgewicht: _____ kg
Nach dem 20. Lebensjahr war mein niedrigstes Gewicht _____ kg und mein höchstes Gewicht _____ kg

Bitte ausfüllen falls für Sie zutreffend:

In letzten _____ Wochen Monaten Jahren habe ich _____ kg
 abgenommen zugenommen. Das war gewollt/geplant ungewollt/ überraschend
Ich wiege mich _____ mal wöchentlich 1x täglich _____ mal täglich selten/nie

Zunahme durch: Schwangerschaft Wechseljahre Stress Medikamente _____

Welche Diät oder Ernährungsumstellung haben Sie bereits ausprobiert, um abzunehmen?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Kohlenhydratarme Ernährung (Low Carb) | <input type="radio"/> Fettarme Ernährung (Low Fat) |
| <input type="radio"/> Abnehm-Apps (z.B. Noom, Yazio) | <input type="radio"/> Selbst Kalorien zählen (z.B. mit Tabellen) |
| <input type="radio"/> Apps auf Rezept (z.B. Oviva, Zandio) | <input type="radio"/> Ketogene Ernährung |
| <input type="radio"/> Intervallfasten | <input type="radio"/> Andere Fastenkur: _____ |
| <input type="radio"/> Verzicht auf Süßigkeiten/ Zucker | <input type="radio"/> Weight Watchers (in welchem Jahr?) _____ |
| <input type="radio"/> Eiweißshakes/ Abnehmshakes | <input type="radio"/> Anderes: _____ |

Mit welcher Diät haben Sie erfolgreich abgenommen? _____

<u>Hatten Sie bereits als Kind Gewichtsprobleme?</u>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Nicht bekannt <input type="radio"/>
<u>Ist oder war mind. 1 Elternteil übergewichtig?</u>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Nicht bekannt <input type="radio"/>
<u>Ist oder war mind. 1 Ihrer Geschwister übergewichtig?</u>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ich habe keine <input type="radio"/>
<u>Ist oder war mind. 1 Ihrer Kinder übergewichtig?</u>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ich habe keine <input type="radio"/>

Fragen zu Ihrer Lebenssituation und täglichen Gewohnheiten:

Wer lebt mit Ihnen zusammen? Ich lebe allein Ich lebe bei meinen Eltern
 Mein Partner/ Ehepartner Kinder im Alter von _____ Haustier(e): _____
 Andere Personen: _____

Ich... bin Vollzeit-Berufstätig Teilzeit-Berufstätig SchülerIn/StudentIn in Ausbildung
 arbeite im Schichtdienst: _____
 bin arbeitsunfähig/ krank geschrieben bis voraussichtlich _____
 bin in Erwerbsunfähigkeitsrente Altersrente/ Pension Altersteilzeit
 bin arbeitssuchend strebe eine andere Tätigkeit an: _____
 bin _____ mal pro Woche im Homeoffice und/ oder _____ mal pro Woche im Betrieb tätig

Welche Tätigkeit üben Sie aus (bitte beschreiben: _____

Welche Arbeitszeiten haben Sie? _____

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit, bzw. Ihren Alltag (Familie, Hobbies, weitere Aktivitäten usw.)?

Wie viel Zeit (Stunden/Minuten) verbringen Sie täglich am Handy, PC oder Fernseher? _____ Min.

Wie legen Sie tägliche Wege überwiegend zurück? Auto/Bus/ Bahn Fahrrad zu Fuß

Bewegen Sie sich täglich mindestens 30 Minuten? Nein Ja, mit folgenden Aktivitäten:

Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen bewegungseingeschränkt? Nein vorübergehend
 dauerhaft Aus welchem Grund? _____

Treiben Sie Sport? Nein Ja Wie oft? _____ Was? _____

Haben Sie früher Sport getrieben? Nein Ja: _____

Fragen zu Ihren Ernährungs- und Einkaufsgewohnheiten

Wie viele Mahlzeiten essen Sie täglich? _____ **Frühstücken Sie?** Ja, immer teils/teils nie

Wann essen Sie Ihre 1. Mahlzeit? Wochentags um _____ Uhr und am Wochenende um _____ Uhr

Wann essen Sie zum letzten Mal etwas? Wochentags um _____ Uhr und am Wochenende um _____ Uhr

Ich esse oft/ meistens...

<input type="radio"/> zu große Portionen	<input type="radio"/> im Stehen/ Gehen	<input type="radio"/> am Arbeitsplatz/ PC
<input type="radio"/> direkt aus dem Kühlschrank	<input type="radio"/> abends vor dem Fernseher	<input type="radio"/> im Vorbeigehen/ unbewusst
<input type="radio"/> unterwegs im Auto	<input type="radio"/> zum Ausgleich von Stress	<input type="radio"/> wenn ich mich nicht gut fühle
<input type="radio"/> obwohl ich schon satt bin	<input type="radio"/> Garnichts, wenn ich im Stress bin	<input type="radio"/> Garnichts trotz Hungergefühl
<input type="radio"/> schnell/ hastig	<input type="radio"/> in normalem Tempo	<input type="radio"/> langsamer als andere

Ich trinke _____ Liter täglich **Hauptsächlich trinke ich:** _____

Ich trinke... wenig selten viel häufig gerne süße Getränke viel Kaffee

Was sind Ihre Lieblingsgerichte? _____

Was mögen Sie gar nicht? _____

Können Sie Ihren Ernährungsstil beschreiben? _____

Mit wem essen Sie? überwiegend allein meistens mit Partner mit der ganzen Familie mit Kollegen
 mit meinen Kindern mit anderen Personen: _____

Planen Sie Ihr Essen vorab? ja, mit Wochenplan ja, fast immer nur ab und zu nie

Wer in Ihrem Haushalt ... kocht das Essen? _____
kauft Lebensmittel ein? _____

Wie oft kaufen Sie ein? täglich _____ mal pro Woche **mit Einkaufsliste?** ja nein

Wo kaufen Sie ein? Aldi/LIDL/Netto/Penny Rewe/ Edeka/Nahkauf/Kaufland Wochenmarkt
 türkischer/ arabischer/ russischer Laden woanders: _____

Worauf achten Sie beim Einkauf? Preis Bio Regional Anderes: _____

Wie oft essen Sie außer Haus oder lassen sich etwas liefern? _____

Welche Gerichte bestellen Sie dann? _____

Können Sie sich (momentan) finanziell leisten....

...alle Lebensmittel wie in den letzten Jahren gewohnt zu kaufen? ja, immer teils/ teils nein

...gesunde Lebensmittel wie z.B. Gemüse und Obst zu kaufen? ja, immer teils/ teils nein

**Bitte füllen Sie noch den „Fragebogen Verzehrhäufigkeit“ aus
und denken Sie daran, für 3 Tage Ernährungsprotokoll zu führen!**

Vielen Dank für Ihre Mühe,

ich freue mich auf unsere Zusammenarbeit!