

Fragebogen für die Ernährungsberatung

Name, Vorname: _____ Straße, Hausnummer: _____ PLZ, Wohnort: _____ Telefon, privat: _____ Telefon, mobil: _____ Telefon, Arbeit: _____ Bitte markieren Sie die Nummer, unter der Sie am besten erreichbar sind. Mail-Adresse: _____	Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Größe: _____ Gewicht: _____ Familienstand: _____ Kinder (Alter): _____ Beruf: _____
--	---

Raucher: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein wenn ja, wie viele pro Tag? _____	Sportler: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein (bitte machen Sie auf der nächsten Seite genauere Angaben)
--	--

Für Frauen: Derzeitige Schwangerschaft? ja nein wenn ja, welche Woche? _____ 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.

<input type="radio"/> Erhöhte Blutfettwerte		
<input type="radio"/> Erhöhte Triglyzeride	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____
<input type="radio"/> Erhöhte Cholesterinwerte	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____
<input type="radio"/> Erhöhter Blutdruck	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____
<input type="radio"/> Diabetes Mellitus <input type="radio"/> Typ 1 <input type="radio"/> Typ 2	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____
<input type="radio"/> Herzerkrankung	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____
<input type="radio"/> Schlaganfall	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____
<input type="radio"/> Erhöhte Harnsäurewerte/Gicht	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____
<input type="radio"/> Verdauungsprobleme	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____
<input type="radio"/> Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse)	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____
<input type="radio"/> Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____
<input type="radio"/> Osteoporose	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____
<input type="radio"/> Krebserkrankungen	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____
<input type="radio"/> Übergewicht <input type="radio"/> Untergewicht	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____
<input type="radio"/> Nahrungsmittelallergien	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____
<input type="radio"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____
<input type="radio"/> Allergien / Asthma / Heuschnupfen	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____
<input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____
<input type="radio"/> Hauterkrankungen	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____
<input type="radio"/> Sonstiges	<input type="radio"/> Sie: seit _____	<input type="radio"/> Ihre Familie: seit _____

Seite 2

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

wenn ja, welche 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)

Hobbies: _____

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 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