

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