

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche, wie viel 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)

Hobbys: _____

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:in 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