

Praxis für Naturheilverfahren



Anamnesefragebogen für die Ernährungsberatung

Herzlich Willkommen in der Naturheilpraxis Stefan Dreinhöfner!

Eine Ernährungsberatung ist immer sehr individuell, genau so individuell wie Sie!

Um ein optimal auf Sie zugeschnittenes Konzept entwickeln zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Daher möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen vor Ihrem ersten Besuch auszufüllen und an uns zurückzusenden.

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit.

Persönliche Daten

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail-Adresse:

Hausarzt:

Krankenkasse:

Anamnesefragebogen Ernährungsberatung

Ihre Ziele

Was versprechen Sie sich von der Ernährungsberatung?

- Präventive Verbesserung der Gesundheit
- Linderung von Krankheitsbeschwerden
- Verbesserung von Wohlbefinden und/oder Aussehen
- Gewichtsreduktion
- Aufbau von Muskelmasse
- Vorbereitung auf besondere Lebenssituation, und zwar:
- Sonstiges:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Gab es bereits Versuche, oben genannte Ziele zu erreichen?

Durch Ernährung? Ja Nein

Falls ja, wie (z.B. Diäten) und mit welchem Erfolg:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Durch Sport? Ja Nein

Falls ja, wie (Sportart, Häufigkeit, Dauer etc.) und mit welchem Erfolg:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Anamnesefragebogen Ernährungsberatung

Gesundheitszustand

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht | <input type="checkbox"/> Überfunktion |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 | <input type="checkbox"/> Unterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Hashimoto Thyreoiditis |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäurewerte/Gicht | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen/Reflux | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte/Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Allergien, und zwar gegen: | |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Gefäßerkrankungen, und zwar: | |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen, und zwar: | |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen, und zwar: | |
| <input type="checkbox"/> Pilzkrankungen, und zwar: | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen, und zwar: | |
| <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen, und zwar: | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | |

Bitte schildern Sie kurz Ihre Krankengeschichte:

(wenn möglich, bitte die entsprechenden Laborbefunde, Klinik- oder Arztberichte beifügen)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Anamnesefragebogen Ernährungsberatung

Treten bestimmte Erkrankungen vermehrt in ihrer Familie auf?

Falls ja, welche:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

Ja Nein

Falls ja, welche?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Nehmen Sie zur Zeit Nahrungsergänzungsmittel (z.B. Vitamine) ein?

Ja Nein

Falls ja, welche?

| |
|--|
| |
| |
| |

Angaben zu Verdauung und Ernährungszustand:

Stuhlgang

täglich mehrmals täglich jeden 2. Tag unregelmäßig

Konsistenz

weich/breiig schmierig geformt hart

Neigung zu

Durchfällen Verstopfungen Blähungen Unwohlsein

Ihre Körpergröße:

 m

Ihr Körpergewicht (falls bekannt):

 kg

Ihr Wunschgewicht:

 kg

Anamnesefragebogen Ernährungsberatung

Ernährungsgewohnheiten

Welche Mahlzeiten nehmen Sie üblicherweise ein?

- | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frühstück | <input type="checkbox"/> warm | <input type="checkbox"/> kalt |
| <input type="checkbox"/> Zwischenmahlzeit | <input type="checkbox"/> warm | <input type="checkbox"/> kalt |
| <input type="checkbox"/> Mittagessen | <input type="checkbox"/> warm | <input type="checkbox"/> kalt |
| <input type="checkbox"/> Zwischenmahlzeit | <input type="checkbox"/> warm | <input type="checkbox"/> kalt |
| <input type="checkbox"/> Abendessen | <input type="checkbox"/> warm | <input type="checkbox"/> kalt |
| <input type="checkbox"/> Spätimbiss | <input type="checkbox"/> warm | <input type="checkbox"/> kalt |

Wo nehmen Sie Ihre Hauptmahlzeiten ein?

- | | Frühstück | Mittagessen | Abendessen |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zu Hause | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kantine/Mensa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Restaurant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterwegs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mit wem nehmen Sie Ihre Hauptmahlzeiten ein?

- | | Frühstück | Mittagessen | Abendessen |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Allein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Familie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Freunde/Kollegen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haben Sie Abneigungen gegen bestimmte Lebensmittel? Ja Nein

Falls ja, gegen welche?

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien gegen bestimmte Lebensmittel? Ja Nein

Falls ja, gegen welche?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? Ja Nein

Falls ja, nach welchen?

Anamnesefragebogen Ernährungsberatung

Wie häufig verzehren Sie folgende Lebensmittel? Bitte ankreuzen

| | täglich | 4 – 6 x pro <u>Woche</u> | 1 – 3 x pro <u>Woche</u> | 1 – 2 x pro <u>Monat</u> | nie |
|--------------------------------------|---------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----|
| Brot/Getreideprodukte | | | | | |
| Milch/Milchprodukte | | | | | |
| Käse | | | | | |
| Eier | | | | | |
| Fleisch/Wurst | | | | | |
| Tierische Fette (z.B. Butter) | | | | | |
| Fisch | | | | | |
| Pflanzliche Öle | | | | | |
| Nüsse/Samen | | | | | |
| Linsen/Erbsen/Bohnen | | | | | |
| Gemüse | | | | | |
| Obst | | | | | |
| Kuchen/süßes Gebäck | | | | | |
| Süßigkeiten | | | | | |
| Knabberartikel | | | | | |
| Mineralwasser | | | | | |
| Kaffee | | | | | |
| Tee | | | | | |
| Obstsäfte | | | | | |
| Limonaden/Soft-Drinks | | | | | |
| Bier | | | | | |
| Wein/Sekt | | | | | |
| Spirituosen | | | | | |

Wieviel trinken Sie täglich?

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Anamnesefragebogen Ernährungsberatung

Berufliche Tätigkeit

Beruf:

Arbeitsstunden pro Woche:

Art der Tätigkeit:

sitzend

stehend/gehend

körperlich anstrengend

Weg zur Arbeitsstätte

zu Fuß

Fahrrad

Auto/Bus/Bahn

Sonstiges

Dauer in Minuten:

Freizeitbeschäftigung

| | Beschreibung der Tätigkeit | Stunden/Tag |
|--|----------------------------|-------------|
| Sport | | |
| Stehende/gehende Tätigkeiten (z.B. Haushalt, Gartenarbeit etc.) | | |
| Sitzende Tätigkeiten (z.B. Lesen, Handarbeiten etc.) | | |
| Sonstiges | | |

Wie lange schlafen Sie durchschnittlich?

Stunden/Nacht

Anamnesefragebogen Ernährungsberatung

Haushalt

Ihr Familienstand

alleinlebend liiert/verheiratet

Kinder (Anzahl und Alter):

Wie viele Personen leben insgesamt in ihrem Haushalt?

Wer erledigt üblicherweise die Lebensmitteleinkäufe?

Wo kaufen Sie üblicherweise ein? (z.B. Supermarkt, Wochenmarkt, Hofladen etc.)

Wer kocht üblicherweise in ihrem Haushalt?

Kochen Sie gern?

Ja

Nein

Wie viel Zeit können/wollen Sie pro Tag in die Essenszubereitung investieren?

< 15 min

15 – 30 min

30 – 45 min

45 – 60 min

am Wochenende mehr

Bitte denken Sie daran, den ausgefüllten **Fragenbogen**, das **Ernährungsprotokoll**, sowie evtl. vorhandene **Laborbefunde/Arztberichte** rechtzeitig vor Ihrem Termin einzureichen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!