

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 des Wohlbefindens
- Verbesserung des Aussehens
- 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"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Typ 1	<input type="checkbox"/> Typ 2	Seit:	
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck			Seit:	
<input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte			Seit:	
<input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäurewerte/Gicht			Seit:	
<input type="checkbox"/> Osteoporose			Seit:	
<input type="checkbox"/> Asthma			Seit:	
<input type="checkbox"/> Migräne			Seit:	
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen:			Seit:	
<input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen:			Seit:	
<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen:			Seit:	
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen:			Seit:	
<input type="checkbox"/> Magen- oder Darmerkrankungen:			Seit:	
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenfehlfunktionen:			Seit:	
<input type="checkbox"/> Krebs:			Seit:	
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten:			Seit:	
<input type="checkbox"/> Allergien:			Seit:	
<input type="checkbox"/> Sonstige:			Seit:	

Treten bestimmte der oben genannten Erkrankungen vermehrt in ihrer Familie auf?

Falls ja, welche:

Anamnesefragebogen Ernährungsberatung

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 Ihrer Verdauung:

Stuhlgang

täglich mehrmals täglich jeden 2. Tag unregelmäßig

Konsistenz

weich/breiig schmierig geformt hart

Neigung zu

Durchfällen Verstopfungen Blähungen

Ihre Körpergröße:

 m

Ihr Körpergewicht (falls bekannt):

 kg

Ihr Wunschgewicht:

 kg

Ihr BMI (vom Ernährungsberater auszufüllen):

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 mal pro Woche	1-3 mal pro Woche	1-2 mal pro Monat	nie
Brot/Getreideprodukte					
Milch/Milchprodukte					
Käse					
Eier					
Fleisch/Wurst					
Fisch					
Tierische Fette (z.B. Butter)					
Pflanzliche Öle					
Nüsse/Samen					
Gemüse					
Obst					
Süßigkeiten					
Knabberartikel					
Mineralwasser					
Kaffee					
Tee					
Obstsäfte					
Limonaden/Soft-Drinks					
Bier/Wein/Sekt					
Spirituosen					

Wieviel trinken Sie täglich?

Rauchen Sie?

Ja Nein

Kochen Sie gern?

Ja Nein

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

< 15 min 15 – 30 min 30 – 45 min 45 – 60 min

am Wochenende mehr

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?

Wer kocht üblicherweise in ihrem Haushalt?

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:

Anamnesefragebogen Ernährungsberatung

Freizeitbeschäftigung

	Beschreibung der Tätigkeit	Stunden/Tag
Tätigkeiten im Haushalt		
Sitzende Tätigkeiten (z.B. lesen, TV)		
Sport		
Sonstiges		

Wie lange schlafen Sie durchschnittlich? Stunden/Nacht

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!