

Anamnesebogen Kundin/Kunde

Um einen optimalen Beratungserfolg zu gewährleisten, wird um eine möglichst **ehrliche** Beantwortung gebeten (u.a. Basis für die Erstellung Ihres individuellen Ernährungsplans)

Fragen	Antworten
<p>1. Überlegen Sie sich bitte für unser Erstgespräch, welchen zeitlichen Aufwand (z. B. wöchentlich) Sie bereit sind, für die Erreichung Ihres Ziels/Ihrer Ziele zu investieren ?</p> <p>Ihre konkrete Ziele / Wünsche:</p> <p>In welchem Zeitraum möchten Sie diese erreichen?</p>	
<p>2. Gibt es aktuell außergewöhnliche Belastungen (beruflich, privat, gesundheitlich)?</p> <p>Wenn ja, ggf. genauer beschreiben.</p>	
<p>3. Haben Sie viel Stress? Welche Lösungsstrategien haben Sie für sich entwickelt (z.B. Sport, Entspannungstechniken, etc.)?</p> <p>Sonstige Verhaltensmuster (z.B. Verzehr von Süßigkeiten o. anderen Lebensmitteln)</p>	
<p>4. Welche sportlichen Aktivitäten betreiben Sie und wie oft (täglich, wöchentlich in Std.)?</p> <p>Gehen Sie oft zu Fuß? Wieviel gehen Sie (Minuten, Kilometer)?</p>	
<p>5. Ihr momentan ausgeübter Beruf. Tägliche Arbeitszeit in Std.</p>	

<p>Hausfrau/Hausmann?</p> <p>Leichte/mittelschwere/schwere Tätigkeit?</p> <p>Schichtarbeit?</p> <p>Sonstiges</p>	
<p>6. Wie schätzen Sie Ihre Ernährung ein?</p> <p>gesund, eher ungesund, sehr ungesund</p> <p>fettreich</p> <p>zuckerreich</p> <p>koffeinreich</p> <p>kohlenhydratarm</p> <p>Sonstiges</p>	
<p>7. Wie oft speisen Sie in Fast Food-Restaurants?</p>	
<p>8. Auf welche/s Lebensmittel könnten Sie nicht verzichten?</p>	
<p>9. Wieviel der folgenden Lebensmittel essen Sie auf einmal?</p> <p>Schokolade</p> <p>Pralinen</p> <p>Gummibärchen</p> <p>Chips</p> <p>Nüsse</p> <p>Andere Knabberartikel</p> <p>Wie oft essen Sie diese?</p> <p>Eher tagsüber?</p> <p>Eher abends beim Fernsehen/nach der Abendmahlzeit?</p>	

<p>10. Gibt es an Ihrem Arbeitsplatz ein Fach mit Süßigkeiten, wo zwischendurch „zugegriffen“ wird?</p>	
<p>11. Was trinken Sie am liebsten (mind. 3 antialkoholische Getränke nennen)?</p>	
<p>12. Trinken Sie Ihren Kaffee/Tee mit Zucker (Menge?), Süßstoff oder ohne Süßungsmittel?</p> <p>Wenn mit Zucker, wieviel Würfel/TL pro Tasse, wie viele Tassen am Tag?</p>	
<p>13. Trinken Sie Erfrischungsgetränke mit Zucker oder bevorzugen Sie Light-Getränke?</p> <p style="text-align: right;">Wieviel pro Tag?</p>	
<p>14. Wie oft trinken Sie Wein, Bier, Sekt oder andere alkoholische Getränke?</p> <p style="text-align: right;">Täglich 1 Glas</p> <p style="text-align: right;">Täglich 2-3 Gläser</p> <p style="text-align: right;">X mal pro Woche/Monat</p> <p style="text-align: right;">Gar nicht</p>	<p>Bitte jeweils ankreuzen:</p>
<p>15. Verzehren Sie Diätprodukte?</p> <p style="text-align: right;">Wenn ja, welche?</p>	
<p>16. Zusammensetzung Ihres Frühstücks:</p> <p style="text-align: center;"><u>Müsli</u></p> <p style="text-align: center;">Früchtemüsli mit getr. Früchten</p> <p style="text-align: center;">Früchtemüsli mit getr. Früchten und frischem Obst</p> <p style="text-align: center;">Cornflakes</p> <p style="text-align: center;">Schokoflakes</p> <p style="text-align: center;">Milch</p>	<p>Bitte jeweils ankreuzen:</p>

Naturjogurt
Fruchtjoghurt
Quark
Magerquark

Brot

Mischbrot
Toastbrot
Helle Brötchen
Vollkornbrötchen
Vollkorntoast
Vollkornbrot

Butter

Margarine

Aufschnitt

Salami
Mettwurst
Geflügellyoner
Geflügelsalami
Schweineschinken
Bierschinken
Kassleraufschnitt
Hähnchen- oder Putenbrustaufschnitt
Hähnchen in Aspik
Sonstiges

Käse

30 % Fett i. Tr.
60 % Fett i. Tr.
Fettgehalt für mich nicht relevant

Sonstiger

Vegetarischer Aufstrich

Obst

Gemüse (z. B. Gurke, Tomate o. ä.)

<p>17. Was essen Sie innerhalb einer warmen Mahlzeit:</p> <p style="text-align: center;">Vorsuppe/Salat o. ä.</p> <p style="text-align: center;">Hauptgang</p> <p style="text-align: center;">Nachtsch</p>	<p>Bitte jeweils ankreuzen:</p>
<p>18. Hauptgang (Sättigungsbeilagen):</p> <p style="text-align: center;">Pommes Frites Bratkartoffeln Salzkartoffeln Reis Nudeln Sonstiges</p>	<p>Bitte jeweils ankreuzen:</p>
<p>19. Hauptgang (Soßen/Dips):</p> <p style="text-align: center;">Soßen, kleine Mengen Soßen, größere Mengen Ketchup Mayonnaise Remoulade Sonstiges</p>	<p>Bitte jeweils ankreuzen:</p>
<p>20. Nachtsch:</p> <p style="text-align: center;">Rote Grütze Sahnepudding Fruchtjoghurt Naturjoghurt Obst, Dose Obst, frisch Schokolade Sonstiges</p>	<p>Bitte jeweils ankreuzen:</p>
<p>21. Zusammensetzung Ihres Abendessens:</p> <p style="text-align: center;"><u>Brot</u> Mischbrot Toastbrot Helle Brötchen Vollkornbrötchen Vollkorntoast Vollkornbrot</p> <p style="text-align: center;"><u>Butter</u></p>	<p>Bitte jeweils ankreuzen:</p>

<p style="text-align: center;"><u>Margarine</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Aufschnitt</u> Salami Mettwurst Geflügellyoner Geflügelsalami Schweineschinken Bierschinken Kassleraufschnitt Hähnchen- oder Putenbrustaufschnitt Hähnchen in Aspik Sonstiges</p> <p style="text-align: center;"><u>Käse</u> 30 % Fett i. Tr. 60 % Fett i. Tr. Fettgehalt für mich nicht relevant Sonstiges</p> <p style="text-align: center;"><u>Vegetarischer Aufstrich</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Obst</u></p> <p><u>Gemüse</u> (Gurke, Tomate o. ä.), Salat</p> <p style="text-align: center;"><u>Warme Mahlzeit</u> (wie Nr. 17)</p> <p style="text-align: center;">Sonstiges</p>	
<p>22. Essen Sie gerne Trockenfrüchte, Studentenfutter?</p> <p style="text-align: center;">Wieviel am Tag (Handvoll, Packung)?</p>	
<p>24. Wie oft in der Woche essen Sie Fisch?</p>	
<p>25. Nehmen Sie Fischölkapseln ein?</p>	
<p>26. Abneigungen/Unverträglichkeiten/Allergien gegen bestimmte Lebensmittel?</p>	
<p>27. Wie viele Mahlzeiten haben Sie am Tag?</p>	
<p>28. Kochen Sie selber?</p> <p style="text-align: center;">Kochen Sie gerne?</p>	

<p>29. Wieviel Zeit nehmen Sie sich zum Essen?</p>	
<p>30. Wenn Sie essen, dann haben Sie:</p> <p style="text-align: right;">Hunger</p> <p style="text-align: right;">Appetit</p> <p style="text-align: center;">Sie essen aus Langeweile</p> <p style="text-align: center;">Sie essen, weil alle essen</p>	<p>Bitte jeweils ankreuzen:</p>
<p>31. Wie werden die Speisen eingenommen:</p> <p style="text-align: right;">Im Stehen</p> <p style="text-align: right;">Unterwegs</p> <p style="text-align: center;">Am Arbeitsplatz</p> <p style="text-align: right;">Im Sitzen</p> <p style="text-align: right;">Schnell</p> <p style="text-align: right;">Langsam</p> <p style="text-align: right;">Genussvoll</p>	<p>Bitte jeweils ankreuzen:</p>
<p>32. Können Sie folgende Körpersignale gut wahrnehmen?</p> <p style="text-align: right;">Hunger</p> <p style="text-align: right;">Sättigung</p> <p style="text-align: right;">Appetit</p> <p style="text-align: right;">Völlegefühl</p>	<p>Bitte mit ja/nein beantworten</p>

Ich bedanke mich herzlich für Ihre fleißige Arbeit beim Ausfüllen des Anamnesebogens!

Medizinische Anamnese

Nehmen Sie Medikamente ein? Welche?	
Welche Erkrankungen bzw. Vorerkrankungen liegen bei Ihnen vor?	
Welche Erkrankungen liegen in Ihrer Familie vor?	
Geburtsdatum	
Größe	
Gewicht	
BMI (auszufüllen durch Berater)	
Anteil Körperfett (auszufüllen durch Berater)	
Anteil Muskelmasse, Wasseranteil (auszufüllen durch Berater)	
Bauchumfang: Sonst. Messungen: (auszufüllen durch Berater)	
Ihre Gewichtszunahme in letzten Wochen / Jahren / Monaten: Angabe ca. in kg in welchem Zeitraum?	