

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><u>Margarine</u></p> <p><u>Aufschnitt</u> Salami Mettwurst Geflügellyoner Geflügelsalami Schweineschinken Bierschinken Kassleraufschnitt Hähnchen- oder Putenbrustaufschnitt Hähnchen in Aspik Sonstiges</p> <p><u>Käse</u> 30 % Fett i. Tr. 60 % Fett i. Tr. Fettgehalt für mich nicht relevant Sonstiges</p> <p><u>Vegetarischer Aufstrich</u></p> <p><u>Obst</u></p> <p><u>Gemüse</u> (Gurke, Tomate o. ä.), Salat</p> <p><u>Warme Mahlzeit</u> (wie Nr. 17)</p> <p>Sonstiges</p> | |
| <p>22. Essen Sie gerne Trockenfrüchte, Studentenfutter?</p> <p>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>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: <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> Angabe ca. in kg </div> in welchem Zeitraum? | |