

Jennifer Orth

ERNÄHRUNGSBERATUNG
&
GESUNDHEITSBLOG

Ernährungs- und Lebensstil-Anamnese

Vorwort

Liebe Patientin, lieber Patient,

eine individuelle Ernährungsberatung berücksichtigt Ihre persönliche Lebenssituation, Ihre gesundheitlichen Voraussetzungen sowie Ihre Ess- und Lebensgewohnheiten. Um Sie bestmöglich, ganzheitlich und auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt bönnen, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe und möglichst vollständig aus. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – wichtig ist, dass Ihre Angaben ehrlich und zutreffend sind.

Alle Informationen werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den geltenden Datenschutzbestimmungen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

1. Persönliche Angaben

Name: _____

Mobil: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Adresse (Straße, PLZ, Ort): _____

Krankenkasse: _____

Hausärztin / Hausarzt: _____

Telefon: _____



Körpergröße:

_____ cm



Aktuelles
Gewicht:

_____ kg



Aktueller
Taillenumfang:

_____ cm



Aktueller
Hüftumfang:

_____ cm



Aktuelle
Blutdruckwerte:

Gab es bereits Abnehm- oder Diätversuche? nein ja



2. Erkrankungen in der Familie (bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Diabetes (Typ: _____) |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfette |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäure / Gicht | <input type="checkbox"/> Gallensteine |
| <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheumatische / Autoimmunerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |
-



3. Eigene Erkrankungen (bitte ankreuzen und ggf. ergänzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2 | <input type="checkbox"/> Vorstufe / auffällige Blutzuckerwerte |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfette |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäure / Gicht | <input type="checkbox"/> Gallensteine |
| <input type="checkbox"/> Nierensteine <input type="checkbox"/> entfernt | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion |
| <input type="checkbox"/> Hashimoto-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische / Autoimmunerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> Reizdarm / Reizmagen |
| <input type="checkbox"/> Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Divertikel Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Glutenunverträglichkeit (Zöliakie) | |

Krebserkrankung (Art): _____

Diagnosejahr: _____ OP Chemotherapie Bestrahlung

Voroperationen im Bauchraum:



4. Medikamente & Nahrungsergänzungsmittel

Nehmen Sie Medikamente ein?

nein ja

Medikamente (oder Medikamentenplan beilegen, falls vorhanden)

Medikamentenname	Dosierung	Einnahmehäufigkeit

Medikamentenplan liegt vor wird mitgebracht

Nehmen Sie Vitamine / Nahrungsergänzungsmittel ein?

nein ja

Welche:

Name	Dosierung	Einnahmehäufigkeit



5. Lebenssituation & Beruf

Wohnsituation:

allein lebend mit Partner/in
 mit Kindern im Haushalt bei den Eltern lebend

Beruf / Tätigkeit: _____

Arbeitszeit pro Tag (Std.): _____

Arbeitstage pro Woche: _____

Schichtarbeit:

nein ja. Welche Art : Frühschicht Spätschicht Nachtschicht



6. Bewegung, Schlaf & Stress

Bewegung / Sport:

- nein ja

Art der Bewegung: _____

Häufigkeit pro Woche: _____

Dauer pro Einheit (Min.): _____

Schlafprobleme:

- nein ja – Einschlafprobleme
 ja – Durchschlafprobleme

Aufwachzeit:

- immer ca. _____ Uhr unterschiedlich

Stresslevel insgesamt:

- gering mittel hoch

Stress überwiegend:

- beruflich privat beides



7. Essgewohnheiten

Essverhalten:

- regelmäßig unregelmäßig
 viele Zwischenmahlzeiten zeitlich eingeschränktes Essen (z. B. Intervallfasten)

Ernährungsform:

- keine vegetarisch
 vegetarisch mit Fisch vegan
 sonstige: _____

Kochen Sie überwiegend selbst? ja nein

Essen außer Haus häufig über:

- Restaurant Kantine
 Lieferservice Fastfoodketten (McDonald's, Burger King, Subway, Döner etc.)

Wie oft pro Woche? _____



8. Flüssigkeitszufuhr

Gesamtmenge pro Tag (Liter): _____



Wasser / Tee (L) _____



Kaffee (Tassen) _____



Säfte (L) _____



Sonstige Getränke _____



9. Aktuelle Beschwerden *(bitte ankreuzen)*



Durchfall



Verstopfung



Blähungen



Bauchschmerzen



Schluckbeschwerden



Übelkeit / Erbrechen



Konzentrationsmangel



Schwindel / Benommenheit



Kopfschmerzen / Migräne



Herzrasen



Herzrhythmusstörungen



Verspannungen



Schwellungen Haut/Schleimhaut



Nesselsucht / Quaddeln



Atembeschwerden / Asthma



plötzliche Gesichtsrötung

Weitere Beschwerden: _____



Wann treten die Beschwerden auf:

dauerhafte Beschwerden

während dem Essen

direkt nach dem Essen

tritt Stunden nach dem Essen erst auf



10. Weitere Risikofaktoren

Raucher/in

Nichtraucher/in

Alkohol nein

Alkohol ja

Zigaretten/Tag: _____

Wie viel / wie häufig: _____

Keine besonderen Belastungen

Belastende Lebensereignisse

(freiwillige Angabe): _____

Anzahl der Narben im Leben: _____



11. Ziele der Ernährungsberatung

Ernährungsqualität verbessern

Gewichtsreduktion

Gewichtszunahme

Gewicht halten

Beschwerden lindern

Erkrankungen vorbeugen

Sonstiges: _____

Persönliches Ziel (in eigenen Worten): _____
