



Für einen erfolgreichen Start in Ihre Ernährungstherapie!

Für eine erfolgreiche Ernährungstherapie und als Gesprächsvorbereitung, bitte ich Sie um die Beantwortung folgender Fragen. Fragen, die Sie nicht beantworten können oder möchten, lassen Sie bitte aus. Sprechen Sie mich gerne an. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Ernährungstherapeutische Anamnese (allgemein)

Datum: _____

Klient/In: _____ **Geburtsdatum:** _____

Telefon: _____ **Mobil:** _____

E-Mail: _____ **Beruf:** _____

Krankenkasse: : _____

Familienstand: _____ **Haushaltsgröße:** _____ **Personen**

Adresse: _____

Gründe für die Konsultation (Beschwerden, Wünsche, Ziele)

Körperliche Alltagsaktivitäten: Was und wie oft pro Woche?



Gezielte Bewegungseinheiten: Falls vorhanden, was und wie oft pro Woche?

Schlaf: Menge, Qualität

Stress:

Raucher/in?

ja nein

Medikamente? ja nein wenn ja: welche?

Nahrungsergänzungsmittel? ja nein wenn ja: welche?

Größe: _____ m

Derzeitiges Gewicht: _____ kg



Gewichtsverlauf

Wann wurden Sie übergewichtig/untergewichtig? _____

Ihr niedrigstes Erwachsenengewicht: _____ kg wann? _____

Ihr höchstes Erwachsenengewicht: _____ kg wann? _____

Bisherige maximale Gewichtsabnahme: _____ kg

Zeitraum _____

Häufigkeit/Diäten: _____ x / Jahr ständig

Gewichtskontrolle: wiegen _____ x/Woche

Zielgewicht: _____ kg

Ernährungsanamnese

Übliche Mahlzeitenstruktur

Mahlzeit	Mo-Fr - Wann?	Sa-So - Wann?	Wo?
Frühstück			
2.Frühstück			
Mittagessen			
Nachmittag			
Abendessen			
Spät			



Trinkmenge pro Tag/ Getränkeauswahl

Essanfälle Ja nein Häufigkeit/Woche:

Weitere Symptome (z.B. Bewegungsdrang, Erbrechen, Abführmittel etc.)

Sättigungsgefühl ja mäßig wechselhaft nein

Essverhalten schnell mittel langsam

Einfluss von Stress auf das Essverhalten

Geschmacksvorlieben

Regelmäßig im Haus: Süßigkeiten Snacks/Nüsse Cola/Limonaden

Wer kauft ein?

Wer kocht?

Verzehr von Fertiggerichten (Anzahl) _____ /
Woche

Alkohol? generell ja nein wenn ja: was und wie oft / Woche?



Vorerkrankungen

Erhöhte Blutfette: Chol. _____ HDL _____ LDL _____ TG _____

Erhöhter Blutdruck: _____

Herzerkrankungen: _____

Schlaganfall: _____

Diabetes mellitus: Typ 1 _____ Typ2 _____

Erhöhte Harnsäurewerte/Gicht: _____

Verdauungsprobleme:

Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Magen-Darm, Leber-Galle, Bauchspeicheldrüse):

Nierenerkrankungen:

Osteoporose: ja nein

Allergien / Asthma / Heuschnupfen:

Nahrungsmittelallergien:



Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Weitere Erkrankungen/Beschwerden

In der Familie gehäuft vorkommende Erkrankungen:

Gewicht der Eltern, Großeltern, Geschwister (Abweichungen ins Unter- oder Übergewicht?):

Besondere Ernährungsform (z.B. vegetarische Ernährung):

Verzicht auf bestimmte Lebensmittel (z.B. religiöse Gründe):

Sonstiges:



Bisherige Maßnahmen zur Gewichtsreduktion/Gewichtszunahme

Maßnahme (stationäre, ambulante Therapien, Diäten, Kurse etc.)	Jahr und Dauer	Gewicht vor der Maßnahme	Gewicht nach der Maßnahme	Erneute Gewichtszunahme bzw. Gewichtsabnahme in kg nach der Maßnahme	Nachweise ja/nein

Gründe für den unzureichenden Erfolg der Maßnahme (erneute Gewichtszunahme bzw. Gewichtsabnahme)

Ich bin damit einverstanden, das mir Rechnungen für die erfolgten Einheiten meiner Ernährungsberatung per E-Mailanhang zugeschickt werden.

ja nein

Mit der **automatischen Erfassung meiner Daten** zur ausschließlichen Verwendung im Rahmen der Ernährungsberatung und -therapie bin ich einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift