



Ernährungsanamnese

Für einen erfolgreichen Start in Ihre Beratung!

Für eine erfolgreiche Beratung 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.

Persönliche Angaben

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Hausarzt: _____ Überwiesen durch: _____

Gründe für die Konsultation der Ernährungstherapie

Eigene Erkrankungen:

Erkrankungen in der Familie:

Eigene Medikamente



Nahrungsergänzungsmittel:

Rauchen Sie?

Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit?

Schlaf und Schlafqualität:

Stress/Belastung

Ihre Ziele/Erwartungen an die Ernährungstherapie

Familienstand und Wohnsituation:

Beruf:

Größe: _____ m

Derzeitiges Gewicht: _____ kg

BMI/Perzentille: _____ kg/m²

Bauchumfang _____ cm



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

Bauchumfang _____ x/Woche

Ziel-/Wunschgewicht: _____ kg

Versuche abzunehmen: _____

Wie/Womit haben Sie bisher versucht abzunehmen? _____

Ggf. Gründe für Misserfolg der entsprechenden Maßnahme zur Gewichtsreduktion

Trinkmenge pro Tag/ Getränkeauswahl

Essanfälle Ja nein Häufigkeit/Woche:

Weitere Symptomatik(en)

Sättigungsgefühl Ja nein



Essverhalten schnell 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? ja nein wenn ja: was und wie oft / Woche?

Nahrungsmittelallergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Besondere Ernährungsform

Sonstiges

Darf ich Ihnen Rechnungen per E-Mail Anhang zusenden?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben. Ich gestatte meiner Ernährungstherapeutin Nina Kohtz, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Mit der Erfassung meiner Daten zur ausschließlichen internen Verwendung im Rahmen der Ernährungsberatung und -therapie bin ich einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift