



Anamnesebogen

Damit wir die Beratungszeit effizient nutzen können, bitte ich Sie nachfolgende Daten möglichst vollständig und gewissenhaft vor unserem ersten Termin auszufüllen. Bringen Sie den Anamnesebogen zum Erstgespräch mit.

Allgemeines

<i>Vor- und Nachname</i>	
<i>Geburtsdatum</i>	
<i>Telefonnummer</i>	
<i>Berufliche Tätigkeit</i>	
<i>Hausarzt</i>	
<i>Haben Sie Kinder?</i>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<i>Hatten Sie bereits diätologische Betreuung?</i>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<i>Was erhoffen Sie sich von der Beratung/Therapie?</i>	
<i>Ihr persönliches Ziel</i>	

Lebensstil

<i>Stresslevel</i>	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie
<i>Rauchen Sie?</i>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<i>Sportliche Betätigung (Welche Sportart? Wie oft pro Woche?)</i>	
<i>Fitnesslevel</i>	<input type="checkbox"/> ausgezeichnet <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> noch Anfänger
<i>Machen Sie zurzeit eine Diät?</i>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

<i>Wenn ja, welche?</i>	
<i>Meine berufliche Tätigkeit ist...</i>	<input type="checkbox"/> überwiegend sitzend <input type="checkbox"/> überwiegend stehend <input type="checkbox"/> körperlich anstrengend <input type="checkbox"/> geistig anstrengend
<i>Arbeiten Sie in einem Schichtbetrieb?</i>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<i>Haben Sie regelmäßig und ausreichend Schlaf?</i>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Medizinische Daten

<i>Körpergröße</i>	
<i>Aktuelles Gewicht</i>	
<i>Bekannte Erkrankungen</i>	
<i>Aktuelle Beschwerden</i>	
<i>Allergien</i>	
<i>Lebensmittelintoleranzen</i>	
<i>Operationen</i>	
<i>Aktuelle Medikamente & Supplemente</i>	
<i>Familiäre Krankengeschichte</i>	

Ernährungsverhalten

Wie schätzen Sie Ihre Ernährung ein?	<input type="checkbox"/> Sehr gesund <input type="checkbox"/> eher ungesund	<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> ungesund
Wie viel Wasser trinken Sie durchschnittlich pro Tag?		
Wie viele Gläser Limonade trinken Sie täglich?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 3-4 Gläser	<input type="checkbox"/> 1-2 Gläser <input type="checkbox"/> mehr als 5 Gläser
Wie häufig trinken Sie alkoholische Getränke?	<input type="checkbox"/> selten/nie <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche	<input type="checkbox"/> zu besonderen Anlässen <input type="checkbox"/> täglich
Wie oft am Tag essen Sie (inkl. Snacks)?	<input type="checkbox"/> 1-2x <input type="checkbox"/> 4-5x	<input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> häufiger
Wie oft kochen Sie frisch?	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> bei Gelegenheit	<input type="checkbox"/> möglichst oft <input type="checkbox"/> nie
Kaufen Sie bevorzugt regionale/saisonale oder biologische Lebensmittel?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Essen Sie bevorzugt Vollkorngetreide?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wie häufig essen Sie Gemüse?		
Wie häufig essen Sie Obst?		
Essen Sie regelmäßig Milchprodukte (v.a. Joghurt, Buttermilch, Topfen)?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wie häufig essen Sie auswärts (Kantine, Gasthaus, Restaurant)?	<input type="checkbox"/> selten/nie <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche	<input type="checkbox"/> zu besonderen Anlässen <input type="checkbox"/> täglich
Greifen Sie regelmäßig zu Süßigkeiten, Knabbereien oder gesüßten Lebensmitteln?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wirken sich Ihre Emotionen auf ihr Essverhalten aus (z.B. Trauer, Stress)?	<input type="checkbox"/> JA, ich esse mehr <input type="checkbox"/> JA, ich verliere meinen Appetit <input type="checkbox"/> NEIN	