

Ihr Aufnahmebogen zur Ernährungsberatung

Die im Rahmen dieses Anamnesebogens erhobenen Angaben dienen ausschließlich der individuellen Ernährungsberatung und werden vertraulich behandelt. Die Beantwortung aller Fragen erfolgt freiwillig. Sollten Sie zu einzelnen Punkten keine Angaben machen wollen, können Sie diese Felder offenlassen oder im persönlichen Gespräch besprechen. Alle Informationen werden entsprechend der geltenden Datenschutzbestimmungen verarbeitet.

Persönliche Daten:

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Familienstand/Kind(er):	Telefon:
Größe:	Gewicht:
Raucher: ☐ Ja ☐ Nein	

Beruf:

Hauptberuf:	Nebenjob:
Arbeitszeit in Std/Tag:	Tage pro Woche:
sitzend ☐ stehend ☐	Schichtarbeit ☐ einschließlich Nachtschicht ☐
Körperliche Belastung: leicht ☐ mittel ☐ schwer ☐	Stresslevel: niedrig ☐ mittel ☐ hoch ☐
Essensmöglichkeit: Kantine ☐ mitgebracht ☐ gar nicht ☐	

Körperliche Aktivität:

Treiben Sie Sport? Ja ☐ Nein ☐	Welche Art von Sport?
Wie oft? z.B. 4h/Wo, 1h/Tag	

Aktueller Gesundheitsstatus: (bitte relevante Diagnosen ankreuzen)

<u>Herz und Kreislauf/Stoffwechsel:</u> ☐ Diabetes mel. Typ 1 ☐ Typ 2 ☐ ☐ Prädiabetes ☐ Insulinresistenz ☐ Bluthochdruck ☐ Hypercholesterinämie	<u>Leber/Pankreas</u> ☐ Fettleber ☐ sonst. Lebererkrankungen _____ ☐ Pankreaserkrankung
<u>Magen-Darm-Erkrankungen:</u> ☐ Reizdarmsyndrom ☐ Colitis ulcerosa od. Morbus Crohn ☐ Zöliakie ☐ Laktoseintoleranz ☐ Fruktoseintoleranz ☐ Histaminintoleranz ☐ Chronische Gastritis	<u>Hormonelle u. endokrine Erkrankungen:</u> ☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ PCOS ☐ Nebennierenerkrankung ☐ Wechseljahre
<u>Gewicht/Essverhalten:</u> ☐ Adipositas ☐ Untergewicht ☐ starkes emotionales Essen	<u>Knochen/Muskeln:</u> ☐ Osteoporose ☐ Rheumatische Erkrankung

Haben Sie irgendwelche Allergien:

Leiden Sie unter folgenden Symptomen:

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| ☐ Durchfall | ☐ Verstopfung | ☐ Verspannungen |
| ☐ Blähungen | ☐ Bauchschmerzen | ☐ Herzrasen |
| ☐ Kopfschmerzen/Migräne | ☐ Reflux od. Sodbrennen | |
| ☐ Konzentrationsbeschwerden | | |

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familienanamnese bekannt?

Nehmen Sie irgendwelche Medikamente? (inkl. Pille, Vitamine) – Medikamentenplan evtl.

Essverhalten:

Anzahl der Mahlzeiten pro Tag:
☐ fixe Mahlzeiten ☐ unregelmäßige Mahlzeiten
Zwischenmahlzeiten:
☐ häufig ☐ selten ☐ abends ☐ stressbedingt
Essgeschwindigkeit:
☐ schnell ☐ langsam
Wie oft pro Woche/Monat bestellen Sie bzw. gehen Sie auswärts essen?
Kochen Sie selbst? ☐ ja ☐ nein
Ernährungsstil:
☐ einseitig ☐ ausgewogen ☐ vegan ☐ vegetarisch ☐ laktosefrei/glutenfrei
In was für einer Umgebung essen Sie (mit Familie, allein, unterwegs)
Wie viel Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?
Liter pro Tag
Wasser/Tee in ml/l Kaffeetassen
sonstiges: _____

Schlaf:

Schlafdauer:
Schlafqualität:
☐ gut ☐ verbesserungsbedürftig ☐ schlecht
Einschlafprobleme ☐
Durchschlafprobleme ☐

Stress & Psyche

Wie gestresst sind Sie im Alltag 1-10?
Stressauslöser:
Unterstützung im Umfeld:

Ziel & Motivation

Was führt Sie zu mir?
Konkretes Ziel? ☐ Gewichtabnahme ☐ Beschwerden lindern ☐ Leistungssteigerung ☐ sonstiges: _____
Was wurde bisher schon probiert?
Was hat nicht funktioniert und warum?
Möchten Sie nur eine einmalige Beratung oder eine Begleitung? (Beratung alle paar Wochen) ☐ einmalig ☐ Begleitung
Ihre Erwartungen an Ihre Beraterin? ☐ Begleitung ☐ Aufklärung ☐ Rezeptideen Sonstiges: _____

Einwilligung:

Ich bestätige, dass ich die Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bewusst, dass die Empfehlungen und Hinweise der Ernährungsberatung dazu dienen, meine Gesundheit zu unterstützen, **aber keine ärztliche Verordnung oder Therapie** darstellen. Ich verstehe, dass ich selbst entscheide, ob und in welchem Umfang ich die Empfehlungen umsetze. Fragen und Unklarheiten kann ich jederzeit im persönlichen Gespräch klären.

 (Unterschrift Patient)

 (Unterschrift Beraterin)