



ERNÄHRUNGSANAMNESE

Persönliche Daten

Vorname _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht _____

Anschrift _____

Telefon _____ E-Mail _____

Beruf _____

Körpermaße

Körpergröße m

Körpergewicht kg

BMI

BMI-Formel: Körpergewicht (in kg) geteilt durch Körpergröße (in m) zum Quadrat

Allgemeine Gesundheit

Sind Sie mit Ihrem Körpergewicht zufrieden?

Ja

Nein

Wenn nicht, was ist Ihr Wunschgewicht?

kg



ERNÄHRUNGSANAMNESE

Besuchen Sie einmal im Jahr Ihren Hausarzt für eine Gesundenuntersuchung?

- Ja
 Nein

Waren bei der letzten ärztlichen Untersuchung Laborwerte nicht im Normbereich?

- Ja
 Nein

Wenn nicht, welche Laborwerte waren nicht im Normbereich?

Leiden Sie unter Bluthochdruck?

- Ja
 Nein

Ist eine Allergie oder eine Unverträglichkeit bekannt?

- Ja
 Nein

Wenn ja, welche Allergie oder Unverträglichkeit ist diagnostiziert worden?

Leiden Sie an immer wiederkehrenden Infekten?

- Ja
 Nein

Leiden Sie häufig an Magen- oder/und Darmbeschwerden?

- Ja
 Nein



Stuhlanamnese

Wie oft am Tag haben Sie Stuhlgang?

- Nicht täglich
- 1 bis 2 Mal täglich
- 2 bis 3 Mal täglich
- Öfter als 3 Mal täglich

Wie würden Sie ihre Stuhlkonsistenz im Regelfall beschreiben?

- Flüssig
- Breiig
- Eine geformte Wurst

Leiden Sie häufig an Durchfall oder Verstopfung oder haben Sie beides im Wechsel?

- Ja, ich habe immer wieder Durchfall
- Ja, ich habe oft Verstopfung
- Ja, ich leide oft an Durchfall und Verstopfung im Wechsel
- Nein

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Ja
- Nein

Wenn ja, kreuzen Sie bitte Zutreffendes an

- Protonenpumpenhemmer
- Statine
- Blutdrucksenkende Medikamente
- Blutverdünnende Medikamente
- NSAR/NSAID (Aspirin, Thrombo ASS, Voltaren, Diclofenac, Mexalen, Parkemed)
- Orale Kontrazeptiva (Pille)



Sport und Bewegung

Betreiben Sie regelmäßig Sport?

- Ja, 1 bis 2 Mal pro Woche
- Ja, 2 bis 3 Mal pro Woche
- Ja, öfter als 3 Mal pro Woche
- Nein

Stress und Schlaf

Fühlen Sie sich leicht gestresst oder genervt?

- Ja
- Nein

Wie viel schlafen Sie pro Nacht?

- Weniger als 8 Stunden
- Mehr als 8 Stunden

Schlafen Sie leicht ein?

- Ja
- Nein

Psychische Gesundheit

Erholen Sie sich nach einer angespannten Situation schnell?

- Ja
- Nein

Fühlen Sie sich oft traurig oder fühlen eine gewisse Schwere in sich?

- Ja
- Nein



Sind Sie mit Ihrer aktuellen Lebenssituation zufrieden (Familie, Beruf, Alltag)?

- Ja
 Nein

Möchten Sie in Ihrem Leben grundlegend etwas ändern?

- Ja
 Nein

Lebensmittelauswahl

Wie viel trinken Sie am Tag?

- Mindestens 3 Liter Flüssigkeit
 Weniger als 3 Liter Flüssigkeit

Trinken Sie Wasser, wenn Sie durstig sind?

- Ja
 Nein

Wenn nein, wie oft trinken Sie Fruchtsäfte oder Limonaden gegen den Durst?

- Immer
 Selten
 Hin und wieder

Wie oft trinken Sie Alkohol?

- Nie
 1 bis 2 Mal pro Woche
 2 bis 3 Mal pro Woche
 Täglich



Wie viele Tassen Kaffee trinken Sie täglich?

- Ich trinke keinen Kaffee
- 1 bis 2 Tassen
- 2 bis 3 Tassen
- Mehr als 3 Tassen

Wie oft am Tag essen Sie Obst oder Gemüse?

- Nie
- 1 bis 2 Mal
- 2 bis 3 Mal
- Öfter

Achten Sie bewusst auf den Verzehr von Vollkornprodukten?

- Ja
- Nein

Gibt es Mahlzeiten, bei denen Sie bewusst auf den Verzehr von Kohlenhydraten (Brot, Reis, Nudeln, Kartoffeln etc.) verzichten?

- Ja
- Nein

Wie oft am Tag essen Sie Milch und Milchprodukte?

- Nie
- 1 bis 2 Mal
- 2 bis 3 Mal
- Öfter

Wie oft in der Woche essen Sie Fleisch?

- Nie
- 1 bis 2 Mal
- 2 bis 3 Mal
- Öfter



Wie oft in der Woche essen Sie Fisch oder Meeresfrüchte?

- Nie
- 1 bis 2 Mal
- 2 bis 3 Mal
- Öfter

Welche Fette verwenden Sie zum Kochen und Braten?

- Maiskeim- oder Sonnenblumenöl
- Rapsöl
- Olivenöl
- Kokosfett
- Schweineschmalz
- Butter

Welches Öl verwenden Sie für Salate?

- Maiskeim- oder Sonnenblumenöl
- Rapsöl
- Olivenöl
- Leinöl
- Kürbiskernöl
- Diverse Nussöle
- Andere Öle

Wie viel Butter essen Sie beim Frühstück und bei der Jause?

- Keine
- Ca. 20 g
- Mehr als 20 g

Wie oft in der Woche essen Sie Eier?

- Nie
- 1 bis 2 Mal
- 2 bis 3 Mal
- Öfter