Persönlicher Fragebogen

Name, Vorname: _____ Datum: _____

In diesem Fragebogen werden persönliche Dinge erfragt, mit denen wir selbstverständlich vertraulich umgehen und die in Ihrer Patientenakte sicher aufbewahrt werden. Möchten Sie zu Fragen keine Angaben machen oder diese lieber im persönlichen Gespräch klären, dann lassen sie die dafür vorgesehen Felder einfach offen.

Angeben zur Person	
Größe (in cm):	Raucher o ja o nein
Gewicht (in kg):	Sportler o ja o nein
BMI (falls bekannt):	
nur bei weiblichen Personen: Sind Sie schwanger? o ja o nein Stillen Sie derzeit? o ja o nein	Familienstand: o ledig o verheiratet o getrennt lebend o geschieden o verwitwet

Angeben zur beruflichen Tätigkeit	
Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?	
Sitzende/leichte Tätigkeit o ja o nein	Stehende Tätigkeit o ja o nein
Schwere körperliche Tätigkeit o ja o nein	Arbeitszeit pro Tag (h):
nur bei weiblichen Personen: Sind Sie schwanger? o ja o nein Stillen Sie derzeit? o ja o nein	Familienstand: o ledig o verheiratet o getrennt lebend o geschieden o verwitwet

Angaben zur körperlichen Tätigkeit		
Treiben Sie Sport? o ja o nein		
Sportart (T=Training; W=Wettkampf)	Häufigkeit (pro Tag/Woche/Monat)	Dauer (in Minuten/Stunden)

Angaben zur Lebensqualität			
o sehr gut	o gut	o eingeschränkt	o stark eingeschränkt

Angaben zu den Essgewohnheiten und Mahlzeiteneinnahme	
Essen Sie regelmäßig: o ja o nein	
_____ Mahlzeiten am Tag _____ Zwischenmahlzeiten am Tag	Kochen Sie selbst? o ja o nein Essen Sie häufig außer Haus? o ja o nein
Mahlzeiteneinnahme o Zuhause o mit Partner/Familie o alleine o außer Haus o am Arbeitsplatz o im Auto	Angaben zu Mahlzeiten außer Haus o Kantine _____x/Woche _____x/Monat o Schnellimbiss _____x/Woche _____x/Monat o Restaurant _____x/Woche _____x/Monat

Angaben zur Einnahme von Medikamenten/Nahrungsergänzungsmitteln
Nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente ein? o ja o nein
Wenn ja, welche und wann? _____ _____ _____
Nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf Nahrungsergänzungsmittel ein? o ja o nein
Wenn ja, welche und wann? _____ _____ _____

Angaben zu Erkrankungen	
Sind bei Ihnen und/oder in Ihrer Familie bereits Risiken oder Erkrankungen festgestellt worden?	
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:	seit (Jahr)
o Untergewicht o Übergewicht/Adipositas o Diabetes mellitus o Typ-1 o Typ-2 o erhöhte Blutfettwerte o erhöhter Blutdruck o erhöhte Harnsäurewerte/ Gicht o Verdauungsprobleme o Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen-Darm, Leber-Galle, Bauchspeicheldrüse) Art:_____ o Zölliakie o Herzerkrankungen o Nierenerkrankungen o Osteoporose o Rheuma o Krebserkrankungen Art: _____ o Schilddrüsenerkrankungen o Hauterkrankungen o Erkrankungen der Zähne	
Sonstige Anmerkungen:	
Allergieanamnese:	seit (Jahr)
o Allergien/Asthma/Heuschnupfen Art: _____	

Wobei kann ich Ihnen behilflich sein?
Nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente ein? o ja o nein
In dem folgenden Textfeld können Sie Ihre Anliegen genau schildern. Bitte beantworten Sie auch die Frage und kreuzen Sie Zutreffendes an. Je genauer Ihre Angaben sind, desto besser und individueller kann ich Sie beraten und Sie bei der Erreichung Ihrer persönlichen Ziele unterstützen.
Ich möchte eine Beratung …. o allgemein zum Thema gesunde Ernährung o basenbildende Ernährung und Lebensmittel o zur Vorbeugung von ernährungsabhängigen Erkrankungen o zur Ernährung bei Diabetes mellitus o zur Ernährung bei chronischen Schmerzen o zur Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit o um abzunehmen oder o eine Gewichtszunahme zu verhindern o um zuzunehmen oder o eine Gewichtsabnahme zu verhindern o Anderes: _____
Ich möchte mit Hilfe der Beratung …. o gesünder essen und trinken - Thema basische Ernährung o mich wohler und leistungsfähiger fühlen o vielseitiger essen o regelmäßiger essen und trinken o gesunde Küche für die Familie einführen und handhaben o Repertoire an schnellen und gesunden Gerichten erweitern o bessere und gesündere Lebensmittel verwenden

Angaben zu Erkrankungen

o Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Art: _____