

# ERNÄHRUNGSBERATUNG

# ANAMNESEBOGEN

Name:..... Vorname:..... Geb:.....

PLZ:..... Ort:..... Str:.....

Beruf:.....

E-Mail:..... Tel:.....

## Zielsetzungen

- Ernährungsumstellung
- Entgiftung und Entschlackung
- Gewichtsreduzierung
- Darmsanierung
- Gewichtszunahme
- Schmerzlinderung
- Beseitigung von Essstörungen
- Wohlbefinden
- Verbesserung der Diabetes
- mehr Leistung
- Stoffwechselaktivierung
- Verbesserung Herz- Kreislauf System
- Allergietherapie

## Berufliche Tätigkeit

- überwiegend sitzende Tätigkeit
- überwiegend stehende Tätigkeit
- körperlich anstrengende Tätigkeit
- geistig anstrengende Tätigkeit

## Stresshäufigkeit

- öfters gestresst
- manchmal gestresst
- selten gestresst
- nie gestresst

Sind Sie zum ersten Mal bei einem Ernährungstherapeuten? .....

Was erwarten Sie von der Beratung/ Therapie?.....

## Machen Sie zurzeit eine Diät?

- Nein
- Ja, welche:.....

## Betreiben Sie Sport?

Wenn ja welchen:..... Seit wann:..... Wie oft:.....

## Mein aktuelles Fitnessniveau empfinde ich als:

- ausgezeichnet
- mittel
- sehr schlecht
- gut
- schlecht

# ERNÄHRUNGSBERATUNG

# ANAMNESEBOGEN

## Gesundheitliche Voraussetzungen

Haben Sie Beschwerden, Erkrankungen, oder akute Verletzungen?

Im Bereich der Muskeln, Knochen, Sehnen, Gelenke, Bänder?

Im Bereich der inneren Organe oder des allgemeinen Stoffwechsels?

Hauterkrankungen

Genauere Beschreibung:

.....  
.....

## Leiden Sie öfter an (bitte unterstreichen oder ergänzen)

Konzentrationsmangel, Ohnmacht, Reizbarkeit, Alpträume, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Migräne, Heißhungeranfälle, Vergesslichkeit, Niedergeschlagenheit, Erschöpfung, kalter Schweiß, Müdigkeit, Schwindelgefühle, Abgespanntheit, Schweißausbrüche, Unkoordiniertheit, Unausgeglichenheit, Verwirrtheit, Angstgefühle, Allergien, Herzklopfen, Panikanfälle

-----

Nehmen Sie Medikamente ein?

ja  nein Wenn ja, welche? .....

Ist eine Rücksprache mit dem Arzt erforderlich?

ja  nein

Sind Sie momentan in Ärztlicher Behandlung?

ja  nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol

ja  nein

Rauchen Sie?

ja  nein

Haben Sie Krampfadern?

ja  nein

Haben Sie einen regelmäßigen normalen Stuhlgang

ja  nein

Leiden Sie unter ständigen Blähungen

ja  nein

Haben Sie einen erhöhten Cholesterinspiegel

ja  nein

Leiden Sie unter Diabetes

ja  nein

Leiden Sie an (Nahrungsmittel-) Allergien

ja  nein

Wenn Ja welche Allergien?

-----

# ERNÄHRUNGSBERATUNG

# ANAMNESEBOGEN

## Ernährung

Wie schätzen Sie Ihre Ernährung ein?

gesund  gesund  nicht sonderlich gesund  ungesund

Falls "nicht sonderlich gesund" oder "ungesund", bitte geben Sie einen Grund dafür an:

keine Zeit  kann nicht gesund kochen  kein Angebot (Kantine o.Ä.)

gesundes Essen schmeckt mir nicht  sonstiges: .....

Wo nehmen Sie Ihre Mahlzeit am häufigsten zu sich?

zu Hause  Unterwegs  Kantine o.ä.  Bäckerei/Imbiss etc.  Restaurant

sonstiges: .....

## Beschreiben Sie kurz stichpunktartig Ihre Mahlzeiten:

Frühstück: .....

Mittagessen: .....

Abendessen: .....

Zwischendurch: .....

Sonstiges: .....

# ERNÄHRUNGSBERATUNG

# ANAMNESEBOGEN

## Körperzusammensetzung:

Gewicht in kg: ..... Wunschgewicht in kg: ..... Differenz in kg: .....

Größe in cm: ..... Hüftumfang in cm: ..... Taillenumfang in cm: .....

Körperfettanteil: .....% Body-Mass-Index (BMI): .....

Alter: ..... Geschlecht: .....

Energieverbrauch: ..... kcal

Grundumsatz: ..... kcal

Leistungsumsatz: ..... kcal

Gesamtumsatz (Energiebedarf): ..... kcal

Energiezufuhr nach Ernährungstagebuch (Durchschnitt): ..... kcal

Energiebilanz: ..... kcal

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit dieser Angaben.

Unterschrift:.....

Datum:.....