F116a Ernährungsberatung Anamnesebogen

Datum:

1. Persönliche Daten

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Telefon:

Mail:

Beruf:

Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Schichtdienst ☐

2. Körperliche Daten

Geschlecht:

Größe: cm

Gewicht: kg

Taillenumfang: cm

Hüftumfang: cm

Oberschenkelumfang: cm

BMI:

Körperfettanteil: %

Blutdruck: mmHg gemessen am:

Schwanger: ☐ ja ☐ nein

3. Fitness

Sport (Art, Dauer, Häufigkeit, Intensität):

Aktuelles Fitnesslevel:

ausgezeichnet ☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht ☐ sehr schlecht ☐

4. Gesundheitliche Voraussetzungen

Einnahme von Medikamenten oder Nahrungsergänzungsmitteln?

Wenn ja, welche:

Nahrungsmittelallergien oder Unverträglichkeiten?

Wenn ja, welche:

Beschwerden, Erkrankungen oder akute Verletzungen?

☐ im Bereich der Muskeln, Knochen, Gelenke, Sehnen, Bänder

☐ im Bereich der inneren Organe oder des allgemeinen Stoffwechsels

☐ Hauterkrankungen

☐ Diabetes

☐ Cholesterin

☐ Allergien

☐ Sonstiges

Genauere Beschreibung:

Leiden Sie öfter an?

Konzentrationsmangel, Ohnmacht, Reizbarkeit, Alpträumen, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Migräne, Heißhungeranfällen, Vergesslichkeit, Niedergeschlagenheit, Erschöpfung, kaltem Schweiß, Müdigkeit, Schwindelgefühl, Abgespanntheit, Schweißausbrüchen, Unkoordiniertheit, Unausgeglichenheit, Versiertheit, Angstgefühl, Allergien, Herzklopfen, Panikanfällen

Sind Sie in ärztlicher Betreuung?

Rauchen Sie?

Trinken Sie Alkohol?

Leiden Sie unter ständigen Blähungen?

Haben Sie regelmäßigen Stuhlgang?

5. Lebensstil

Berufliche Tätigkeit:

eher sitzend ☐ eher stehend ☐ körperlich anstrengend ☐ geistig anstrengend ☐

Stresshäufigkeit:

öfter gestresst ☐ manchmal gestresst ☐ selten gestresst ☐ nie gestresst ☐

6. Ziele und Wünsche

☐ Verbesserung der Gesundheit

☐ Ernährungsumstellung

☐ Gewichtsreduktion

☐ Gewichtszunahme

☐ Abbau Körperfett

☐ Aufbau Muskulatur

☐ Stoffwechselaktivierung

☐ Schmerzlinderung

☐ Verbesserung des Wohlbefindens

☐ Verbesserung der Leistungsfähigkeit

☐ Sonstiges

7. Bisherige Versuche, obige Ziele und Wünsche zu erreichen

Sport, Ernährung, Diät, Dauer, Häufigkeit, Abbruchgründe, etc.

8. Aktuelle Ernährungssituation

Wie geht es Ihnen im Moment, wie schätzen Sie Ihre Ernährung ein?

sehr gesund ☐ gesund ☐ nicht sonderlich gesund ☐ ungesund ☐

Falls nicht sonderlich gesund, warum?

keine Zeit ☐ kann nicht gesund kochen ☐ gesund schmeckt ☐ nicht sonstiges ☐

Wo nehmen Sie Ihre Mahlzeiten am häufigsten ein?

Nebenbeschäftigung beim Essen?

Anzahl Mahlzeiten:

Wer kocht?

Problematische Essenssituationen (z. B. Wochenende)?

Einverständniserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen und gesundheitlichen Daten im Rahmen der Ernährungsberatung gespeichert und verwendet werden.

Ort / Datum: Unterschrift: