

Ernährungsanamnese

Persönliche Angaben

Name: _____ Adresse: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Behandelnder Ärzte: _____

Ärztliche Diagnosen: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Gewicht mit 20 Jahren: _____ kg

Gewichtsverlauf letzte 6 Monate: _____ kg

Soziale Situation:

Ich bin

- Verheiratet
- Ledig
- In einer Partnerschaft
- Geschieden
- Verwitwet

Haushalt

- Ich lebe im Haushalt meiner Eltern
- Ich habe Kinder Anzahl _____
- Kinder leben in meinem Haushalt
- Ich lebe alleine
- Ich lebe mit einem Partner zusammen

Berufliche Situation

Ich bin berufstätig Beruf _____

Arbeitszeit pro Woche _____ Stunden

Schichtarbeit Nachtarbeit

Ich bin in Ausbildung als _____

Ich studiere _____

Ich bin berentet

Ich bin arbeitsunfähig

Ich bin arbeitslos

Warum kommen Sie zur Ernährungsberatung?

Gewichtsreduktion

Gewichtszunahme

Chronische Erkrankungen

Lebensqualität erhöhen

Wohlbefinden steigern

Ernährungsumstellung

Ärztliche Empfehlung

Sonstiges _____

Was sind Ihre Erwartungen an uns?

Was erhoffen Sie sich von einer Ernährungsberatung?

Erkrankungen (bitte erläutern)

Erhöhte Blutfettwerte

Erhöhte Cholesterinwerte

Erhöhte Triglyceridwerte

Gicht Diabetes

Typ 1 Diabetes

Typ 2 erhöhter

Blutdruck

Schlafprobleme _____

- Herzerkrankungen _____
- Gefäßerkrankungen _____
- Lungenerkrankungen _____
- Wirbelsäulenerkrankungen _____
- Schilddrüsenerkrankungen _____
- Nierenerkrankungen _____
- chronisch entzündliche Darmerkrankungen _____
- Bauchspeicheldrüsenerkrankungen _____
- Lebererkrankungen _____
- Gelenkerkrankungen _____
- Autoimmunerkrankungen _____
- Krebserkrankungen _____
- Multiple Sklerose
- Osteoporose
- Gallensteine
- Sonstige Erkrankungen _____

In meiner Familie kommen folgende Erkrankungen gehäuft vor:

Ich wurde an folgenden Organen operiert (bitte mit Zeitangabe)

Beschwerden

Allgemeine Beschwerden

- Zurzeit habe ich keine Beschwerden
- Atemnot in Ruhe
- Atemnot unter Belastung (nach 1-2 Etagen)
- Atemnot unter Belastung (nach 2-3 Etagen)
- Schmerzen in der Brust
- Unregelmäßiger Herzschlag

- Schmerzen in den Beinen nach dem Gehen von < 200 m
- Schmerzen in den Beinen nach dem Gehen von < 500 m Sehstörungen
- Nächtliches Schnarchen
- Häufiges nächtliches Wasserlassen
- Häufiges Einschlafen am Tag
- Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Antriebslosigkeit
- Unruhe
- Verstärktes Schwitzen
- Sonstiges _____

Schmerzen

- Diffus/ nicht definierbar
- Häufige Kopfschmerzen
- Hände, Finger, Arme
- Muskelschmerzen
- Nervenschmerzen
- Lähmungserscheinungen
- Füße, Knie Halswirbelsäule
- Brustwirbelsäule
- Lendenwirbelsäule
- Sonstiges _____

Physiologische Veränderungen

- Vermehrte Hautverfärbungen
- Bildung von roten Dehnungsstreifen
- Häufige Pilzinfektionen
- Häufige Virusinfektionen
- Probleme mit der Wundheilung
- Krampfadern
- Haarausfall
- Sonstiges _____

Wohlbefinden

- Ich fühle mich in der körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt Ja Nein
- Ich fühle mich seelisch/psychisch beeinträchtigt Ja Nein
- Ich fühle mich in meiner sozialen/ökonomischen Situation eingeschränkt Ja Nein
- Ich isoliere/distanziere mich Ja Nein
- Ich bin in psychologischer/psychiatrischer Behandlung Ja Nein
- Ich war schon mal in einer psychologischen/psychiatrischen Behandlung Ja Nein

Gynäkologische/Urologische Informationen

- Ich bin derzeit schwanger? Ja Nein
- Schwangerschaftswoche _____
- Alter der ersten Regelblutung _____ Jahre
- Ich habe während einer Schwangerschaft mehr als 15 kg zugenommen. Ja Nein
- Ich habe nach der Entbindung wieder mein Ausgangsgewicht erreicht. Ja Nein
- Ich litt während der Schwangerschaft unter Schwangerschaftsdiabetes Ja Nein
- Befinden Sie sich in der Menopause? Ja Nein
- Seit wann? _____
- Leiden Sie unter Libidoverlust? Ja Nein
- Leiden sie unter einer Vergrößerung der Prostata? Ja Nein

Bewegungsverhalten

- Ich treibe Sport Ja Nein
- Sportart: _____
- Häufigkeit pro Woche: _____
- Ich gehe zu Fuß
- < 3000 Schritte am Tag
 - 3000 bis 6000 Schritte am Tag
 - > 6000 Schritte am Tag
- Ich gehe regelmäßig Freizeitaktivitäten nach Freizeitaktivität:
- _____

Trinkverhalten

Insgesamt trinke ich _____ Liter am Tag.

- Ich trinke _____ Liter Wasser oder ungesüßten Tee am Tag.
- Ich trinke _____ Liter zuckerhaltige Softdrinks und Saft am Tag
- Ich trinke _____ Liter Light-Getränke am Tag
- Ich trinke _____ Tassen Kaffee am Tag mit Milch mit Zucker

Wie häufig trinken Sie Alkohol?

- täglich 3-4mal pro Woche
- 1-2mal pro Woche 1-2mal pro Monat
- nie
- Ich trinke bevorzugt folgende alkoholische Getränke

Raucherstatus

- Ich rauche Ja Nein
- Ich bin seit _____ Jahren Raucher
- Ich rauche täglich _____ Zigaretten
- Ich bin Ex-Raucher seit _____

Medikamente

Ich nehme folgende Medikamente (auch Insulin) und Nahrungsergänzungsmittel ein:

Medikament (Dosis)	Morgens	Mittags	Abends

Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien

Ich habe folgende Allergien _____

Ich habe folgende Nahrungsmittelunverträglichkeiten _____

Ich habe gegen folgende Lebensmittel eine Abneigung _____

Kostform:

Ich ernähre mich nach folgender Kostform:

- Mischkost
- vegetarische Kost
- vegane Kost
- sonstiges _____

Ernährungsverhalten

Ich esse täglich _____ Mahlzeiten (inklusive Zwischenmahlzeiten)

Ich esse regelmäßig Ja Nein

Wenn Nein: Warum essen Sie unregelmäßig? _____

Ich esse schnell Ja Nein

Ich esse langsam Ja Nein

Wer bereitet Ihr Essen zu? _____

Ich esse oft/regelmäßig außerhalb Ja Nein

Wenn ja wo z.B. Kantine, Restaurants? _____

Ich esse regelmäßig Fast Food Ja Nein

Ich esse mit Ablenkung z.B. Zeitung, Fernseher, etc. Ja Nein

Wenn ja wie? _____

Ich esse in Gesellschaft Ja Nein

Ich konsumiere Süßigkeiten und Knabbereien

- mehrmals am Tag
- einmal am Tag
- 2-3mal pro Woche
- einmal pro Woche
- Seltener Wie oft? _____

Ich verzehre bevorzugt folgende Süßwaren und Knabbereien _____

Ernährungsprobleme

Ich leide unter folgenden ernährungsbezogenen Problemen

Verstopfungen Anzahl der Stuhlentleerungen pro Woche _____

- Bewegungstherapie
- Hypnose
- Medikamente
- Magenballon
- Operation

Warum möchten Sie abnehmen?

- Wohlbefinden steigern
- Risikofaktoren reduzieren
- Lebensqualität steigern
- Körperliche Beschwerden lindern
- Sonstiges: _____

Warum essen Sie?

- um Hunger zu stillen
- aus Appetit
- Gelüste
- Langeweile
- Einsamkeit
- Trost
- Genuss
- Ablenkung von Problemen
- Sonstiges _____

Ich stehe nachts auf um mir etwas zum Essen zu holen Ja Nein

Haben Sie Ess-/Heißhungerattacken Ja Nein

Wenn Ja: Wann und Wie oft _____

Ich kontrolliere mein Gewicht

- täglich mehrfach am Tag 3-5mal pro Woche
- 1-2mal pro Woche einmal im Monat
- nie

Anzahl der durchgeführten Diäten

- noch nie
- 1-5mal
- 6-9mal
- >10mal
- regelmäßig
- ich halte ständig Diät

Durchgeführte Maßnahmen zur Gewichtsreduktion

Diätdauer:

- Low Carb
- Low Fat
- Trennkost
- Mahlzeitenersatz durch Shakes Produkt: _____
- Ernährungsumstellung
- Weight Watchers
- Steigerung der Bewegung
- Reha-Maßnahmen mit stationärem Aufenthalt
- Sonstiges _____

Ich habe folgende Medikamente zur Gewichtsreduktion eingesetzt

- Xenical Reductil Metformin Acomplia
- Wellbutrin Naltrexin Tapamax L112
- Sonstige: _____

Ich habe folgende chirurgischen Eingriffe erhalten:

- Magenballon, Datum:
- Magenband, Datum:
- Schlauchmagen, Datum:
- Bypass , Datum:
- Große Umstellungs-OP, Datum:
- BDP, Datum: