

## 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: