

Anamnesebogen Ernährungstherapie oder -beratung

Allgemeine Angaben

Name, Vorname:

männlich

weiblich

divers

Geburtsdatum, Alter:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Größe:

Gewicht:

Beruf:

Vollzeit

Teilzeit

Schichtdienst

sitzend

stehend

schwere körperliche Tätigkeit

Aktueller Gesundheitszustand

Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Risikofaktoren bzw. Erkrankungen festgestellt worden?

Hauptgrund für die Therapie: _____

Erhöhter Blutdruck: ja nein in der Familie: _____

Erhöhte Blutfettwerte: ja nein in der Familie: _____

Erhöhter Harnsäurewert: ja nein in der Familie: _____

Diabetes Mellitus: Typ 1 Typ 2 in der Familie: _____

Schilddrüsenerkrankung: ja nein in der Familie: _____

Herzerkrankung: ja nein in der Familie: _____

Sodbrennen: ja nein

Erkrankungen des Verdauungstrakts: Magen Darm Leber
 Galle Bauchspeicheldrüse
Andere: _____

Stuhlgang: regelmäßig unregelmäßig

Häufigkeit: _____ mal pro Woche

Auffälligkeiten: _____

Nierenerkrankungen: ja nein in der Familie: _____

Krebserkrankungen: ja nein in der Familie: _____

Autoimmunerkrankungen: ja nein in der Familie: _____

(Nahrungsmittel-) Allergien: ja nein in der Familie: _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten: ja nein

Sonstige körperliche Erkrankungen: _____

Für Frauen

PCOS: ja nein

Schwangerschaft: ja nein

Endometriose: ja nein

Stillzeit: ja nein

Zyklusunregelmäßigkeiten: ja nein

Wechseljahre: ja nein

Schlafprobleme: ja nein

Schlafdauer: _____

Chronotyp: Lärche (Frühaufsteher)

Nachtigall (Langschläfer)

Psychische Erkrankungen: Depression

Angststörung

Burnout

Andere: _____

Wie schätzen Sie Ihre Lebensqualität ein? sehr gut

gut

eingeschränkt

stark eingeschränkt

Nehmen sie regelmäßig Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Falls vorhanden: Bringen Sie gerne Ihren Medikationsplan mit

Ernährungsgewohnheiten

Wie sind ihre Essgewohnheiten? regelmäßig unregelmäßig

Wie viele Mahlzeiten essen Sie am Tag? _____ davon Hauptmahlzeiten: _____
davon Zwischenmahlzeiten: _____

Wie ernähren Sie sich? Allesesser vegetarisch vegan

Welche Lebensmittel essen Sie nicht? _____

Machen Sie derzeit eine bestimmte Diät? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wo und mit wem essen Sie...

- zu Hause mit Familie/ Partner/ Freunde allein
 unterwegs am Arbeitsplatz im Auto
 in der Kantine im Restaurant
 im Imbiss/ Bäckerei etc.

Lebensgewohnheiten

Wie sieht ihr typischer Alltag aus? _____

Bewegung (z.B. Spaziergehen)/ Sport: ja nein

Sportart	Häufigkeit (pro Woche)	Dauer (Stunden)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Rauchen Sie? ja nein

Wie oft trinken Sie durchschnittlich Alkohol? täglich 2-3x pro Woche
 am Wochenende selten
 nie

Wenn Sie irgendwelche Fragen haben, dann schreiben Sie diese gerne hier hin...

1. Frage

2. Frage

3. Frage
