

Anamnesebogen Ernährungstherapie oder -beratung

Allgemeine Angaben

Name, Vorname: _____

männlich weiblich divers

Geburtsdatum, Alter: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

BMI: _____

Taillenumfang: _____

Beruf: _____

Vollzeit Teilzeit Schichtdienst
 sitzend stehend schwere körperliche Tätigkeit

Warum sind Sie im **nutricum**?

Was sind Ihre Ziele?

Aktueller Gesundheitszustand

Symptome: _____

Erhöhter Blutdruck: ja nein

Erhöhte Blutfettwerte: ja nein

Erhöhter Harnsäurewert: ja nein

Diabetes Mellitus: Typ 1 Typ 2 nein

Schilddrüsenerkrankung: ja nein

Herzerkrankung: ja nein

Nierenerkrankungen: ja nein

Krebserkrankungen: ja nein

Autoimmunerkrankungen: ja nein

(Nahrungsmittel-) Allergien: ja nein

Nahrungsmittelunverträglichkeiten: ja nein

Sodbrennen: ja nein

Erkrankungen des Verdauungstrakts: Magen Darm Leber
 Galle Bauchspeicheldrüse

Stuhlgang: regelmäßig unregelmäßig _____ mal pro _____

Stuhltyp: _____ schwimmt lehmfarben

PCOS: ja nein

Schwangerschaft: ja nein

Endometriose: ja nein

Stillzeit: ja nein

Zyklusunregelmäßigkeiten: ja nein

Wechseljahre: ja nein

Psychische Erkrankungen: Depression Angststörung Burnout
 Essstörung ADHS

Andere: _____

Schlafdauer: _____ h

Schlafprobleme: ja nein

Chronotyp: Frühaufsteher Langschläfer

Ernährungsgewohnheiten

Ich esse... regelmäßig unregelmäßig
 schnell langsam

Mahlzeiten pro Tag? _____ Hauptmahlzeiten: _____ Zwischenmahlzeiten: _____

Flüssigkeitszufuhr: _____ l

Wie ernähren Sie sich? Allesesser vegetarisch vegan

Welche Lebensmittel essen Sie nicht? _____

Machen Sie derzeit eine bestimmte Diät? ja nein

Ernährungsmotiv? um Hunger zu stillen aus Appetit Gelüste
 Langeweile Einsamkeit Trost
 Genuss Ablenkung

Haben Sie ein Hungergefühl? ja nein

Haben Sie ein Sättigungsgefühl? ja nein

Lebensgewohnheiten

Schritte pro Tag: _____

Sportarten und Häufigkeit?

Rauchen Sie? ja nein

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

Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel

ja nein _____

Falls vorhanden: Bringen Sie gerne Ihren Medikationsplan mit