



Anamnesebogen

Bitte tragen Sie hier die Ihnen zugewiesene Kundennummer ein

Bitte nehmen Sie sich ein wenig Zeit und beantworten Sie diesen Fragebogen so genau und vollständig wie möglich.

Je mehr Informationen Sie mir über sich und Ihre Situation geben, umso besser kann ich Sie individuell beraten und Sie beim Erreichen Ihrer persönlichen Ziele unterstützen.

Möchten Sie die Beratung hauptsächlich für sich selbst in Anspruch nehmen?

Ja, es geht um mich

Nein, es geht um mein Kind ein Elternteil Partner/in eine andere Person:

Bitte machen Sie folgende Angaben zu der Person, für welche die Beratung in Anspruch genommen wird:

Alter: - - - - Jahre
Geschlecht: weiblich männlich
Körpergröße: - - - - cm
Körpergewicht: - - - - kg
im letzten Jahr deutliche Gewichtszunahme: nein ja, - - - - kg
im letzten Jahr deutliche Gewichtsabnahme: nein ja, - - - - kg

Bestehen bei der Person, für die die Beratung in Anspruch genommen wird, Erkrankungen? Wenn ja, markieren Sie bitte die entsprechenden Kästchen und machen, wenn nötig, Ergänzungen in den Textfeldern:

Übergewicht oder Adipositas	
Mangel- und Unterernährung	
Diabetes mellitus	Typ 1 Typ 2 andere Diabetes-Form, und zwar
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Bluthochdruck Fettstoffwechselstörungen/ erhöhte Blutfette Arteriosklerose Herzschwäche andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, und zwar:
Gicht/ erhöhte Harnsäurewerte	
Osteoporose	

Rheumatische Erkrankungen:	Chronisch entzündliche Polyarthritits Arthrose andere rheumatische Erkrankung, und zwar:
Nierenerkrankungen:	Nieren-/ Harnsteine Nierenschwäche andere Nierenerkrankungen, und zwar:
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen:	Morbus Crohn Colitis ulcerosa
Sprue/ Zöliakie	
Weitere Erkrankungen der Verdauungsorgane:	Magen, und zwar ----- Darm, und zwar ----- Bauchspeicheldrüse, ----- Leber und Gallenblase, -----
Probleme bei der Nahrungsaufnahme Und/ oder Verdauung:	Kauprobleme Schluckstörungen Verstopfung Durchfälle Milchzuckerunverträglichkeit Fruchtzuckerunverträglichkeit andere Probleme, und zwar: -----
Tumorerkrankungen mit Beeinträchtigung des Ernährungszustandes und der Nahrungsaufnahme Bitte beschreiben Sie die Problemstellung separat:	 -----
Hauterkrankungen:	Neurodermitis Schuppenflechte
Andere für die Ernährungstherapie relevante Erkrankungen (z.B. Essstörung, seltene Stoffwechselerkrankungen, Mukoviszidose usw.)	 -----

Medikamenteneinnahme: Die Angaben hierzu dienen der sachgerechten Durchführung der Ernährungstherapie. Aus den Angaben kann ich mögliche Wechselwirkungen zu Nahrungsinhaltsstoffen oder Einflüsse auf andere Faktoren wie Gewicht und Verdauung ableiten und Sie somit besser beraten.

Falls dauerhaft Medikamente eingenommen werden, bitte geben Sie für die Person, auf die sich die Beratung bezieht, an: Welche Medikamente und in welcher Dosierung werden eingenommen?

Hinweis: Sollten Sie oder die Person, auf die sich die Beratung bezieht, von einer der genannten Erkrankungen/ Symptome betroffen sein, so wären weitere Informationen vom behandelnden Arzt sehr hilfreich. Es wäre schön, wenn Sie ihn darum bitten würden, zusätzliche Informationen, die er für relevant hält, zum Beispiel Laborwerte, an Sie weiterzugeben, so dass Sie mir darüber Auskunft geben können.

Sind bei der Person, für die die Beratung hauptsächlich in Anspruch genommen wird, Lebensmittelallergien und/ oder -unverträglichkeiten bekannt? Wenn ja, markieren Sie bitte die entsprechenden Kästchen und machen, wenn nötig, Ergänzungen in den Textfeldern:

<p>Lebensmittelallergien</p> <p>Bitte geben Sie an, welche Allergien konkret vorliegen, sofern diese von ärztlicher Seite bestätigt sind:</p>	 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
<p>Pseudoallergien (z.B. Histamin-Unverträglichkeit)</p> <p>Bitte geben Sie an, auf welche Stoffe sich die Unverträglichkeit bezieht:</p>	 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
<p>Lebensmittel, die nicht oder schlecht vertragen werden (z.B. rohe Zwiebel, Pilze,...)</p> <p>Bitte geben Sie an, welche Lebensmittel schlecht vertragen werden:</p>	 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>

Wobei kann ich Ihnen behilflich sein?

Im nachfolgenden Textfeld können Sie mir Ihr Anliegen genau schildern. Bitte beantworten Sie zusätzlich die unten stehenden Fragen, indem Sie alle Punkte der Auswahlliste, die für Sie wichtig sind markieren.

Ich oder die Person, auf die sich die Beratung bezieht, möchte eine Beratung...

Um abzunehmen oder eine Gewichtszunahme zu verhindern
Um zunehmen oder eine Gewichtsabnahme zu verhindern

zu einer vorliegenden Erkrankung/ Symptomatik
dazu, wie ernährungsabhängigen Erkrankungen vorgebeugt werden kann
allgemein zum Thema gesunde Ernährung

zur Ernährung im Leistungssportbereich

zu Ernährungsempfehlungen für Schwangere und Stillende
zu Ernährungsempfehlungen für Säuglinge und Kleinkinder
zu Ernährungsempfehlungen für Kinder
zu Ernährungsempfehlungen für ältere Menschen

Ich oder die Person, auf die sich die Beratung bezieht, möchte die Auswertung eines Ernährungsprotokolls zum Überprüfen der Lebensmittelauswahl und Ernährungsgewohnheiten...

hinsichtlich Ausgewogenheit und Bedarfsdeckung
hinsichtlich Ausgewogenheit, Bedarfsdeckung und Angepasstheit an eine vorliegende Erkrankung
hinsichtlich Ausgewogenheit, Bedarfsdeckung und Angepasstheit ans Trainingsprogramm im Leistungssportbereich

Ich oder die Person, auf die sich die Beratung bezieht, möchte mit Hilfe der Beratung...

gesünder essen und trinken
sich wohler/ leistungsfähiger fühlen
Essverhalten und Gewohnheiten umarbeiten
leckerer/ vielseitiger essen
regelmäßiger essen/ trinken
gesunde Küche für die ganze Familie einführen oder einfacher handhaben
reicher an Ideen für gesunden Speiseplan werden
besseren Durchblick im Supermarktsortiment haben
Repertoire an schnellen Speisen und Gerichten erweitern
 fürs Frühstück für zwischendurch fürs Mittagessen fürs Abendessen

Ich oder die Person, auf die sich die Beratung bezieht, möchte eine Begleitung...

bei der Ernährungsumstellung
 Kurzfristig mittelfristig längerfristig
bei der Umarbeitung von Essverhalten und Essgewohnheiten
 Kurzfristig mittelfristig längerfristig
bei der Stabilisierung der veränderten Ernährungsweise
 Kurzfristig mittelfristig längerfristig

Welche Wünsche haben Sie an die Gestaltung der Beratung?

Zeitlich flexibel
Zeitplan im Voraus genau festgelegt

Arbeitstempo zügig
Arbeitstempo langsam
Arbeitstempo flexibel an Zeitbudget angepasst

Informations- und Arbeitsmaterial
 nur gezielte Auswahl des Wesentlichen
 umfangreich und ausführlich

Internetadressen für eigene Recherchen nach Informationen und Arbeitstools

Rezepte
 einfache, alltagstaugliche Rezepte
 Rezepte für besondere Anlässe
 beides

Tipps für zeitsparende Zubereitung und schnelle Gerichte

selbst gekocht/ zubereitet

mit Hilfe von Fertigprodukten

beides in Kombination

umfassende Hilfestellung

bei Rezeptplanung/ -umstellung

bei Speiseplanung

bei der Mahlzeiten- und Speiseplanung im Rahmen von Schichtarbeit

beim Kochen und zur Küchentechnik

beim Einkauf

bei der Verpflegung am Arbeitsplatz

bei der Speisenwahl außer Haus (z.B. im Restaurant) oder beim Lieferservice

bei der Speisenauswahl zu besonderen Anlässen (Feste, Reisen)

Bearbeitung ungünstigen Essverhaltens in schwierigen Alltagssituationen oder bei emotionaler Belastung

Intensive Begleitung und Motivierung, häufiges Feedback

Mäßige Begleitung und Motivierung, gelegentliches Feedback

Individuelle Betreuung

nur in Form von Textnachrichtenaustausch

in Form von Textnachrichtenaustausch und telefonischen Gesprächen