

## Anamnesebogen für die Ernährungstherapie bei Kindern

Name:..... Vorname:..... Geb.:.....

PLZ:..... Ort:..... Tel:.....

Str:.....

Schule/ Kindergarten:.....

Name der Mutter:..... und/ oder

Name des Vaters:.....

### **Sind Sie/ bist du zum ersten Mal bei einem Ernährungstherapeuten?**

nein     ja, bei wem? .....

### **Was erwarten Sie/ Was erwartest du von der Beratung/ Therapie?**

Gewichtsreduzierung und Ernährungsumstellung                       Gewichtszunahme

Beratung bei individuellen Lebensmittelallergien    oder -unverträglichkeiten

Sonstiges .....

### **Leidet Ihr Kind/leidest du unter einer Nahrungsmittelunverträglichkeit, Lebensmittelallergie oder sonstigen Allergien?**

ja                       nein

Wenn ja, welche.....

Von wem festgestellt?.....

Befunde erwünscht!

### **Welche Beschwerden hat Ihr Kind/ welche Beschwerden hast du?**

.....  
.....

**Macht Ihr Kind/ machst du zurzeit eine Diät? Wenn ja welche?**

Nein

Diätform.....

Ersatznahrung.....

**Familienanamnese**

	Nein	Asthma Bronchiale	Neuro- dermitis	Heu- schnupfen	Nahrungs- mittelallergie
Mutter	<input type="radio"/>				
Vater	<input type="radio"/>				
Geschwister	<input type="radio"/>				
Andere.....	<input type="radio"/>				

**Lebensgewohnheiten**

**Wie viele Mahlzeiten isst Ihr Kind/ isst du am Tag?**

Durchschnittliche Mahlzeitenhäufigkeit .....pro Tag

**Bereiten Sie Ihre/ bereitest du Deine Mahlzeiten selbst zu?**

nie       selten       häufig       meist

**Verwenden Sie Fertiggerichte?**

nie       selten       häufig       meist

**Wie schätzen Sie Ihre / Wie schätzt du Deine Ernährung bzgl. Lebensmittelauswahl ein?**

ausgewogen       eher einseitig       unterschiedlich

Lehnen Sie bestimmte Speisen strikt ab?

Welche: .....

.....

**Betreibt Ihr Kind / betreibst du Sport?**

Wenn ja welchen:..... Seit wann:..... Wie oft:.....

**Mein aktuelles Fitnessniveau empfinde ich als:**

ausgezeichnet  gut  mittel  schlecht  sehr schlecht

---

**Gesundheitliche Voraussetzungen**

**Hat Ihr Kind/hast du Beschwerden, Erkrankungen, oder akute Verletzungen?**

Im Bereich der Muskeln, Knochen, Sehnen, Gelenke, Bänder?

Im Bereich der inneren Organe oder des allgemeinen Stoffwechsels?

Hauterkrankungen

OP`s

Sonstiges

Genaue Beschreibung:.....

.....

**Ist Ihr Kind/ bist du momentan in Ärztlicher Behandlung?**  ja  nein

**Nimmt Ihr Kind/ nimmst du Medikamente ein?**  ja  nein

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung:

.....

.....

**Hat Ihr Kind/ hast du einen regelmäßigen normalen Stuhlgang?**  ja  nein

Körpergewicht:.....Kg

Größe :.....cm

Alter:.....Jahre

Geschlecht:.....

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit dieser Angaben.**

Unterschrift des Erziehungsberechtigten:..... Datum:.....

---