

## Anamnesebogen für die Ernährungstherapie beim Erwachsenen

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

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

Str.:..... Beruf:.....

Fax:..... E- Mail:.....

### Was erwarten Sie von der Beratung/ Therapie?

- Ernährungsumstellung       Gewichtsreduzierung       Gewichtszunahme
- Wohlbefinden       Verbesserung der Diabetes       mehr Leistung
- Stoffwechselaktivierung       Verbesserung Herz- Kreislauf System
- Sonstiges .....

### Lebensstil

Berufliche Tätigkeit Stresshäufigkeit.....

- überwiegend sitzende Tätigkeit       öfters gestresst
- überwiegend stehende Tätigkeit       manchmal gestresst
- körperlich anstrengende Tätigkeit       selten gestresst
- geistig anstrengende Tätigkeit       nie gestresst

Sind Sie zum ersten Mal bei einem Ernährungstherapeuten?.....

Was erwarten Sie von der Beratung/ Therapie?.....

.....

### Machen Sie zurzeit eine Diät?

- Nein
- Ja, welche:.....

### Betreiben Sie Sport?

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

### Mein aktuelles Fitnessniveau empfinde ich als:

ausgezeichnet  gut  mittel  schlecht  sehr schlecht

**Lebensgewohnheiten**

Durchschnittliche Mahlzeitenhäufigkeit .....pro Tag

Bereiten Sie Ihre Mahlzeiten selbst zu?

nie             selten             häufig             meist

Verwenden Sie Fertiggerichte?

nie             selten             häufig             meist

Wie schätzen Sie selbst Ihre Ernährung bzgl. Lebensmittelauswahl ein?

ausgewogen             eher einseitig             unterschiedlich

Lehnen Sie bestimmte Speisen strikt ab?

Welche: .....

.....

Leiden Sie unter Nahrungsmittelunverträglichkeiten?  ja             nein

Wenn ja, welche.....

**Gesundheitliche Voraussetzungen**

Haben Sie Beschwerden, Erkrankungen, oder akute Verletzungen?

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

Im Bereich der inneren Organe oder des allgemeinen Stoffwechsels?

Hauterkrankungen

Genaue Beschreibung:.....

.....

Sind Sie momentan in Ärztlicher Behandlung?  ja  nein

.....

Nehmen Sie Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung:

.....

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? O ja O nein

Rauchen Sie? O ja O nein

Haben Sie Krampfadern? O ja O nein

Haben Sie einen regelmäßigen normalen Stuhlgang? O ja O nein

Haben Sie einen erhöhten Cholesterinspiegel O ja O nein

Leiden Sie unter Diabetes O ja O nein

Leiden Sie an Allergien O ja O nein

Wenn Ja welche Allergien? .....

.....

Körpergewicht:.....Kg

Größe :.....cm

Alter:.....Jahre

Geschlecht:.....

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

Unterschrift:..... Datum:.....