

Liebe Klientin! Lieber Klient!

Ernährung ist Therapie und in vielen Fällen die beste Medizin. Gerne unterstütze ich Sie auf dem Weg zu mehr Gesundheit und Wohlbefinden!

Mir ist es mit diesem Fragebogen möglich, in kurzer Zeit ein ganz auf Ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Programm zu entwickeln. Ich kann dadurch ihren Lebensstil und Ihre Bedürfnisse gleich zu Beginn ein wenig besser einschätzen.

Wichtig: Alle von Ihnen erhaltenen Daten unterliegen der fachinternen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Ersttermin: kurz 1 h EUR 100,- BIA-Messung/kurze Ernährungsinformation
 mittel 1,5 h EUR 150,- 30 min EUR 50,-
 lang 2 h EUR 200,-

Achtung: Können Sie einen vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnehmen, bitte ich sie dies mindestens 3 Tage vorher mitzuteilen. Bei Nichterscheinen ohne rechtzeitige Abmeldung eines Behandlungstermins fallen Stornogebühren an.

PERSONALIEN:

Familienname Titel		Vorname	
Straße		PLZ / Ort	
Telefonnummer		Geburtsdatum	
E-Mail		Versicherungsnummer	
Körpergröße (in cm)		Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Hausarzt/ Hausärztin		Überweisender Arzt/Ärztin	
-------------------------	--	------------------------------	--

Welche Erkrankungen und Diagnosen haben Sie?

Erkrankung / Diagnose:

Arzt/Ärztin / Krankenhaus: Datum:

Welche Allergien & Unverträglichkeiten haben Sie?

Allergie / Nahrungsmittelunverträglichkeit:

Arzt/Ärztin / Krankenhaus: Datum:

Welchen Beruf üben Sie aus?

Wie oft pro Woche üben Sie eine sportliche Aktivität aus?

- Täglich 1 bis 2 mal wöchentlich 3 bis 4 mal wöchentlich selten / nie

Welchen Sport betreiben Sie regelmäßig?

Rauchen Sie?

- Ja Nein Ich bin Nichtraucher seit

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und wofür?

- Ja Nein

Name des Medikaments		Zweck	
Name des Medikaments		Zweck	
Name des Medikaments		Zweck	

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungen ein (z.B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate etc.)? Wenn ja, welche und wofür?

- Ja Nein

Name des Nahrungsergänzungsmittels		Zweck	
Name des Nahrungsergänzungsmittels		Zweck	

Was sind ihre Wünsche?

- Körperfettreduktion / Mein Wunschgewichtsbereich ist: kg weniger
- Gewichtszunahme / Mein Wunschgewichtsbereich ist: kg mehr
- Leistungssteigerung
- Verbesserung von Wohlbefinden
- Muskelaufbau
- Linderung von Beschwerden:
- Sonstige Ziele:

Haushalt: Wie leben Sie?

- alleine mit PartnerIn mit PartnerIn mit Kindern
 Wohngemeinschaft Sonstiges:

Schlafqualität:

- Ich schlafe sehr gut und tief und bin am nächsten Tag gut erholt
 Ich schlafe schwer ein
 Ich habe Schlafstörungen
 Ich muss nachts öfters zur Toilette

Ihr Wohlbefinden: Wie fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen? Bitte ankreuzen!

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10 = froh und guter Laune, ruhig & entspannt, energisch & aktiv, habe mich beim Aufwachen frisch & ausgeruht gefühlt

Haben Sie Magen-Darm-Beschwerden?

- Ja (bitte in der Tabelle ankreuzen) Nein

	immer	meistens	etwas mehr als 50 % der Zeit	etwas weniger als 50 % der Zeit	ab und zu
Blähbauch (Meteorismus)					
Blähungen mit Abgang von Darmgasen (Flatulenz)					
Bauchkrämpfe, Bauchschmerzen					
Sodbrennen, Reflux					
Verstopfung					
Durchfall					
Völlegefühl					
Übelkeit					

Leiden Sie an Kopfschmerzen?

- nie selten manchmal sehr oft

Mögliche Auslöser der Kopfschmerzen?

- zu wenig getrunken Alkohol für Frauen (hormonell): kurz vor der Menstruation

Leiden Sie unter Mundtrockenheit – einem trockenen Mund?

- nie selten manchmal sehr oft

Was wäre ihr persönliches Wohlfühlgewicht? kg

Was war ihr Höchstgewicht? kg Im Jahr:

Wieviele Diätversuche haben Sie unternommen?

Welche Diäten waren das?

Gibt es Lebensmittel, die Sie NICHT mögen oder ablehnen? Ja Nein

Wenn ja, welche Lebensmittel essen Sie nicht?

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie ungefähr täglich? ca. bis Liter

Welche und wieviel Flüssigkeiten trinken Sie täglich?

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Wasser | Liter/Tag | <input type="checkbox"/> Fruchtsäfte | Glas/Tag |
| <input type="checkbox"/> Mineralwasser prickelnd/mild/still | Liter/Tag | <input type="checkbox"/> Limonaden | Glas/Tag |
| <input type="checkbox"/> Tee | Tassen/Tag | <input type="checkbox"/> Cola, Energy Drinks | Drinks/Tag |
| <input type="checkbox"/> Kaffee | Tassen/Tag | <input type="checkbox"/> Sportgetränke | Drinks/Tag |
| <input type="checkbox"/> Light-Getränke | Liter/Tag | <input type="checkbox"/> Verdünnungssaft | Liter/Tag |

Alkoholkonsum

täglich

wöchentlich

monatlich

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Wein | Liter | Liter | Liter |
| <input type="checkbox"/> Bier | Liter | Liter | Liter |
| <input type="checkbox"/> Wein od. Bier grspr. | Liter | Liter | Liter |
| <input type="checkbox"/> Mischgetränke / Schnaps
zB. Campari, Aperol, Gin-Tonic | Drinks | Drinks | Drinks |

Wenn ich abends spät und viel esse, habe ich am nächsten Tag ...

- ... mehr Appetit wie sonst ... weniger Hungergefühl ... bemerke ich nichts

Wenn ich frühstücke, habe ich den restlichen Tag ...

- ... mehr Appetit wie sonst ... weniger Hungergefühl ... bemerke ich nichts

ESSVERHALTEN

- Ich esse langsam. immer meistens ab und zu nie
- Ich kaue meine Speisen gut. immer meistens ab und zu nie
- Ich nehme mir Zeit zum Essen. immer meistens ab und zu nie
- Ich genieße mein Essen. immer meistens ab und zu nie
- Ich esse bewusst und ohne
Ablenkung (PC, Arbeitsplatz, ...)
- immer meistens ab und zu nie

Wann ist gewöhnlich Ihre Hauptmahlzeit? mittags abends unterschiedlich

Mahlzeitenfrequenz: Wie oft essen Sie täglich?

- Frühstück + Mittagessen + Abendessen Frühstück + Mittagessen + Abendessen
mit Zwischenmahlzeiten (Vormittag, Nachmittag)
- ich lasse manchmal Hauptmahlzeiten aus

Was naschen/snacken Sie am häufigsten?

Wie groß sind Ihre Mahlzeiten? (im Vergleich zu anderen)

- kleine Portionen normale Portionen große Portionen

Wie oft haben Sie Heißhungerattacken?

- mehrfach täglich täglich mehrfach wöchentlich
- wöchentlich monatlich nie

Wie oft essen Sie verschiedene Lebensmittel? Bitte ankreuzen.

	mehrmals täglich	täglich	mehrmals pro Woche	ca. 1x pro Woche	mehrmals pro Monat	selten bzw. nie
Getreideprodukte / Kartoffeln						
helles Brot, Schwarzbrot, Weckerl						
Vollkornbrot und Vollkornweckerl						
Müsli, Flocken						
Vollkornprodukte						
Kartoffeln, Nudeln, Reis, Knödeln, ...						
Milch / Milchprodukte						
Käse mind. 45 % Fett i.T.						
Magerkäse max. 30 % Fett i.T.						
Milch, Topfen, Joghurt 3,6 % i.T.						
Milch, Topfen, Joghurt 1 % i.T.						
Fleisch / Wurst / Ei / Fisch						
Fleisch						
Fetteiche Wurst (Leberwurst, Salami, Speck, Bratwurst, ...)						
Fettarme Wurstsorten (Putenbrust, Schinken, ...)						
Ei (zB. Frühstücksei, Spiegelei, Eierspeise)						
Fisch, Meeresfrüchte						
Obst / Gemüse						
Gemüse, Salat						
Zwiebel, Knoblauch						
Hülsenfrüchte (Erbsen, Bohnen, Linsen, Soja, Kichererbsen)						
Obst						
Zuckerfrei & Spezialprodukte						
Zuckerfreier Kaugummi, Zuckerl						
Brausetabletten, Hustensirup						
Süßes, Süßigkeiten, Schokolade						
Süßes Gebäck, Kuchen, Torte						
Salzige Knabbereien						
Fette						
Butter, Margarine	als Streichfett Teelöfel (5 g)			zum Kochen pro Mahlzeit TL		
Öl	für den Salat pro Portion TL			zum Kochen pro Mahlzeit TL		

Info: 1 TL Butter/Öl = 5 g, 1 EL Butter/Öl = 10 g

1 normalgroßer Portionsbutter-Würfel (übliche Gastro-Portion) = 20 g = 4 TL

1 dünner Portionsbutter-Würfel = 10 g = 2 TL

RUND UMS ESSEN

Bereiten Sie ihre Mahlzeit selbst zu? ja nein meistens andere

Kaufen Sie gerne Lebensmittel ein? ja nein

Kochen Sie gerne? ja nein

Haben oder hatten Sie eine Essstörung/gestörtes Essverhalten?

ja (Zeitraum: (Essbrechsucht, Magersucht, Essanfälle) nein

Haben Sie ein schlechtes Gewissen beim Essen?

nie selten manchmal häufig sehr oft

Bei welchen Nahrungsmitteln haben Sie ein schlechtes Gewissen?

- Obst Gemüse Brot, Nudeln, Kartoffeln, Reis, Knödel, Müsli
- Käse Milch und Milchprodukte Eier Wurst
- Zucker, Süßigkeiten, Schoko, Kuchen, Kekse, Knabbergebäck
- Alkohol süße Getränke fettreiches Essen

Hat sich bei Ihnen das Essverhalten in den letzten Jahren grundlegend verändert?

ja nein

Wenn JA, warum?

.....

.....

Gab es für die Veränderung einen Auslöser?

.....

Sonstige Anmerkungen oder spezielle Fragen zum Thema Ernährung?

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Zusammenarbeit und ich freue mich auf ein Kennenlernen!

Karin Leitner