

Name + Telefonnummer	Geschlecht	Alter	Größe (m)	Gewicht (kg)

Warum kommen Sie zur Ernährungsberatung?

- Lebensqualität erhöhen/Wohlbefinden steigern
- Ernährungsumstellung
- Ärztliche Empfehlung
- Gewichtsreduktion
- Gewichtszunahme
- Chronische Erkrankungen
- Sonstiges _____

Was sind Ihre Erwartungen an uns?

Was erhoffen Sie sich von einer Ernährungsberatung?

1. Essen Sie regelmäßig?

- Ja
- Nein, warum nicht: _____

2. Nach welcher Kostform ernähren Sie sich?

- Mischkost
- vegetarische Kost
- vegane Kost
- Sonstiges: _____

3. Wie essen Sie?

- langsam alleine zuhause
- schnell in Gesellschaft in der Kantine/Restaurant

4. Treiben Sie Sport?
 Ja
Sportart: _____
Häufigkeit pro Woche: _____
 Nein
5. Gehen Sie viel zu Fuß?
 < 3000 Schritte am Tag,
 3000 bis 5000 Schritte am Tag,
 > 5000 Schritte am Tag
6. Fühlen Sie sich im Alltag gestresst oder überfordert?
 häufig
 selten
 nie
7. Leiden Sie unter folgenden ernährungsbezogenen Problemen?
 Durchfall
 Verstopfung
 Sodbrennen
 Blähungen
 Bauchschmerzen

Wie oft leiden Sie daran?

- häufig
 selten
 nie
8. Leiden Sie an Hautrötungen, Juckreiz, Ekzemen oder an Neurodermitis?
 Ja
 Nein
9. Werden Sie schnell krank?
 häufig
 selten
 nie
10. Raucherstatus
 Ich rauche nicht
 Ich rauche _____ Zigaretten pro Tag
 Ich bin Ex-Raucher seit _____

11. Haben Sie Grunderkrankungen?

- ja, welche: _____
- Nein

12. Haben Sie vom Arzt diagnostizierte Allergien?

- ja, welche: _____
- Nein

13. Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikament	Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Besonderheit

14. Haben Sie ihre Ernährung bereits umgestellt?

- Ja, was haben Sie verändert?

- Nein

15. Was möchten Sie uns zusätzlich mitteilen?

Mit meiner Unterschrift bestätigen ich, dass meine angegebenen Daten für den Zweck der Ernährungsberatung verwendet werden dürfen und ich mit den Kosten der Beratung in Höhe von 59€ einverstanden bin.

Datum

Unterschrift