

Ernährungs- und Gesundheitsanamnese allgemein

(die orangen Felder werden vom Therapeuten ausgefüllt)

Stammdaten

Name: _____ Datum: _____

Geburt: _____ Tel: _____

Messwerte

Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____ Wunschgewicht (kg): _____

Taille (cm): _____ Hüfte (kg): _____ Blutgruppe: _____

BMI: _____ WHR: _____ Empfohlene Trinkmenge (l): _____

BMI-Referenzwerte (Gewicht in kg/Größe in m²)

	Mann	Frau
Untergewicht	< 20	< 19
Normalgewicht	20-25	19-24
Übergewicht	26-30	25-30
Adipositas Grad I/II	31-40	31-40
Adipositas III	> 40	> 40

Taillenumfang-Referenzwerte

	Mann	Frau
kein nennenswertes Risiko	< 94	< 80
leichtes Risiko	> 94	> 80
starkes Risiko	> 102	> 88
WHR-Optimum	< 0,9 – 1,1	< 0,8

Ernährungsanamnese

Anzahl Mahlzeiten pro Tag: _____

Typisches Frühstück: _____

Typisches Mittagessen: _____

Typisches Abendessen: _____

Typisches Snackverhalten (Zeitpunkt, Art): _____

Typisches Trinkverhalten (was, wann, wieviel): _____

Alkohol/Zigaretten/Drogen (was, wieviel, wann): _____

Ich nehme folgende Medikamente ein:

Ich nehme folgende Nahrungsergänzungsmittel ein:

Ernährungsfragen – was trifft auf dich zu?

- Ich esse kein Fleisch
- Ich esse kein Geflügel
- Ich esse keine Eier
- Ich esse keinen Fisch

- Ich esse keine Kuhmilchprodukte
- Ich esse folgende Lebensmittel nicht:

Gesundheitsfragen – was trifft auf dich zu?

- | | |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich habe Blähungen | <input type="checkbox"/> Ich leide an Heuschnupfen/Asthma |
| <input type="checkbox"/> Ich leide an Verstopfung | <input type="checkbox"/> Ich leide an akuter Fibromyalgie |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Ich nehme Blutverdünner |
| <input type="checkbox"/> Ich leide an Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Ich nehme Schilddrüsenhormone ein |
| <input type="checkbox"/> Ich habe ein schwaches Immunsystem | <input type="checkbox"/> Ich nehme Cholesterinsenker |

Bitte gib an, ob in den genannten Bereichen Beschwerden bestehen (falls ja, welche)

Verdauungssystem/Leber-Gallen-System: _____

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Völlegefühl | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Meteorismen | <input type="checkbox"/> Reizmagen/-darm | <input type="checkbox"/> Schmierstuhl |
| <input type="checkbox"/> Koliken | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Verstopfung | |

Bemerkungen zu Urin/Stuhlgang/Schweiß/anderen Absonderungen: _____

Unverträglichkeiten/Allergien: _____

- | | |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Glutenunverträglichkeit (Wie getestet?) | <input type="checkbox"/> Sorbitintoleranz (Wie getestet?) |
| <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz (Wie getestet?) | <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz (Wie getestet?) |
| <input type="checkbox"/> Fructoseintoleranz (Wie getestet?) | |

Vegetarier Veganer Seit wann? _____

Immunsystem/Infektanfälligkeit: _____

Herpes/Aphten/Mykosen: _____

Kopfschmerzen/Migräne: _____

Schwindel/Gleichgewichtsstörungen: _____

Haut: _____

Bewegungsapparat: _____

Gehirn/Nerven/Sinnesorgane: _____

Herz-Kreislauf-System: _____

Atmungssystem: _____

Harnableitendes System/Blase/Niere: _____

Schilddrüse: _____

Hormonsystem: _____

Geschlechtsorgane: _____

Unfälle/Operationen: _____

Spezielle Symptome/Schwachstellen: _____

Sonstiges/Bemerkungen: _____

Was trifft auf dich zu?

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich liebe Herausforderungen (Sport/Beruf) | <input type="checkbox"/> Ich esse gerne Fleisch |
| <input type="checkbox"/> Ich diskutiere gerne | <input type="checkbox"/> Ich fühle mich ausgeglichen nach intensivem Sport |
| <input type="checkbox"/> Ich stehe gerne im Mittelpunkt | |

Bemerkungen: _____

Welche Ziele verfolgst du mit der Ernährungsberatung?

Persönliche Zielsetzung: _____

- Ich möchte Gewicht verlieren - Wunschgewicht: _____ kg
- Ich möchte zunehmen – Wunschgewicht: _____ kg
- Ich möchte Vitalität gewinnen – Woran würdest du dies merken? _____

Ich möchte gesundheitliche Probleme überwinden
Welche Probleme sind das? _____

- Ich möchte Körperfettmasse verlieren – Zielmarke: _____ %
- Ich möchte Muskelmasse aufbauen – Zielmarke: _____ kg
- Ich trainiere auf ein bestimmtes Ziel hin – Welches? _____

Möchtest du mir noch etwas mitteilen?
