

Ernährungscoaching

Stammdaten

Name: _____ Geburtstag: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Darf ich Ihnen per E-Mail Tipps zu gesunder Ernährung über meinen Praxis-Newsletter senden? Sie können sich jederzeit wieder austragen, sollten Sie die Tipps, Rezepte und Inhalte nicht weiterbringen. Ja Nein

Körperdaten

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

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

Welche Ziele verfolgst du mit dem Ernährungscoaching?

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? _____

Etwas anderes: _____

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 Sie 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 Sie zu?

- Ich habe Blähungen
- Ich leide an Verstopfung
- Ich habe niedrigen Blutdruck
- Ich habe hohen Blutdruck
- Ich leide an Diabetes mellitus
- Ich habe ein schwaches Immunsystem

- Ich leide an Heuschnupfen/Asthma
- Ich leide an akuter Fibromyalgie
- Ich nehme Blutverdünner
- Ich nehme Schilddrüsenhormone ein
- Ich nehme Cholesterinsenker

Bitte geben Sie an, ob in den genannten Bereichen Beschwerden bestehen

Verdauungssystem/Leber-Galle-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 | <input type="checkbox"/> Rückstände im Stuhl |

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

Unverträglichkeiten/Allergien: _____

Glutenunverträglichkeit (Wie getestet?)
 Laktoseintoleranz (Wie getestet?)

Fructoseintoleranz (Wie getestet?)
 Sorbitintoleranz (Wie getestet?)
 Histaminintoleranz (Wie getestet?)

Vegetarier Veganer Seit wann? _____

Immunsystem/Infektanfälligkeit: _____

Herpes/Aphten/Pilzerkrankungen: _____

Kopfschmerzen/Migräne: _____

Schwindel/Gleichgewichtsstörungen: _____

Haut/Haare/Nägel: _____

Bewegungsapparat: _____

Gehirn/Nerven/Sinnesorgane: _____

Herz-Kreislauf-System: _____

Atmungssystem: _____

Harnableitendes System/Blase/Niere: _____

Schilddrüse: _____

Hormonsystem: _____

Geschlechtsorgane: _____

Unfälle/Operationen: _____

Impfstatus: _____

Spezielle Symptome/Schwachstellen: _____

Sonstiges/Bemerkungen: _____

Was trifft auf Sie 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: _____

Möchten Sie mir noch etwas mitteilen?
