

## Ernährungscoaching Sport

### Stammdaten

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Darf ich dir per E-Mail Tipps zu gesunder Ernährung über meinen Praxis-Newsletter senden? Du kannst dich jederzeit wieder austragen, sollten dich 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? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich möchte meine Regeneration verbessern.

Woran würdest du das merken? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich möchte meine Performance verbessern.

Woran würdest du das merken? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 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?

- 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 gib 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 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Möchtest du mir noch etwas mitteilen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_