



## Persönliche Angaben

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

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Gewicht als Jugendlicher \_\_\_\_\_ kg

Gewichtsverlauf letzte 6 Monate \_\_\_\_\_ kg

## Soziale Situation

### Ich bin

- Verheiratet
- Ledig
- Geschieden
- Verwitwet

### Haushalt

- Ich lebe im Haushalt meiner Eltern
- Ich habe Kinder Anzahl \_\_\_\_\_
- Ich lebe alleine
- Ich lebe mit einem Partner zusammen

## Berufliche Situation

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitszeit pro Woche \_\_\_\_\_ Stunden

- Schichtarbeit
- Nachtarbeit
- Selbständig
- Ich bin arbeitslos

## Warum kommst du zur Ernährungsberatung?

- Gewichtsreduktion
- Gewichtszunahme
- Chronische Erkrankungen
- Ernährungsumstellung
- Ärztliche Empfehlung
- Sonstiges \_\_\_\_\_



Was sind deine Erwartungen an mich?

---

---

---

---

---

Was erhoffst du dir von einer Ernährungsberatung?

---

---

---

---

---

### Erkrankungen (bitte erläutern)

- Erhöhte Blutfettwerte
  - Erhöhte Cholesterinwerte
  - Erhöhte Triglyceridwerte
- Gicht
- Diabetes Typ 1
- Diabetes Typ 2
- erhöhter Blutdruck
- Schlafprobleme/OSAS \_\_\_\_\_
- Herzerkrankungen/Gefäßerkrankungen \_\_\_\_\_
- Lungenerkrankungen \_\_\_\_\_
- Erkrankung des Bewegungsapparats \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankungen \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankungen \_\_\_\_\_
- chronisch entzündliche Darmerkrankungen \_\_\_\_\_
- Bauchspeicheldrüsenerkrankungen \_\_\_\_\_
- Lebererkrankungen/Gallenerkrankung \_\_\_\_\_
- Autoimmunerkrankungen \_\_\_\_\_



**Anamnesebogen Diabetes- und Ernährungsberatung**

- Krebserkrankungen \_\_\_\_\_
- Osteoporose/Rheumatische Erkrankung
- Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

In meiner Familie kommen folgende Erkrankungen gehäuft vor:

---

Ich wurde an folgenden Organen operiert (bitte mit Zeitangabe)

---

**Beschwerden**

**Allgemeine Beschwerden**

(z.B. Schnarchen, Tagesmüdigkeit, Kurzatmigkeit, Schwitzen)

- Zurzeit habe ich keine Beschwerden
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Physiologische Veränderungen**

Was hat sich bei Ihnen verändert?

- Vermehrte Hautverfärbungen
- Bildung von roten Dehnungsstreifen
- Häufige Pilzinfektionen
- Häufige Virusinfektionen
- Probleme mit der Wundheilung
- Krampfadern
- Haarausfall
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Wohlbefinden**

Ich fühle mich in der körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt Ja  Nein

Ich fühle mich seelisch/psychisch beeinträchtigt Ja  Nein

Ich fühle mich in meiner sozialen/ökonomischen Situation eingeschränkt Ja  Nein



- Ich isoliere/distanziere mich Ja  Nein
- Ich bin in psychologischer/psychiatrischer Behandlung Ja  Nein
- Ich war schon mal in einer psychologischen/psychiatrischen Behandlung Ja  Nein

#### Bewegungsverhalten

- Ich treibe Sport Ja  Nein

Sportart: \_\_\_\_\_

Häufigkeit pro Woche: \_\_\_\_\_

#### Ich gehe zu Fuß

- < 3000 Schritte am Tag
- 3000 bis 6000 Schritte am Tag
- > 6000 Schritte am Tag

#### Ich gehe regelmäßig Freizeitaktivitäten nach

Freizeitaktivität: \_\_\_\_\_

#### Trinkverhalten

Insgesamt trinke ich \_\_\_\_\_ Liter am Tag.

Ich trinke \_\_\_\_\_ Liter Wasser oder ungesüßten Tee am Tag.

Ich trinke \_\_\_\_\_ Liter zuckerhaltige Softdrinks und Saft am Tag

Ich trinke \_\_\_\_\_ Liter Light-Getränke am Tag

Ich trinke \_\_\_\_\_ Tassen Kaffee am Tag

- mit Milch
- mit Zucker

#### Wie häufig trinken Sie Alkohol?

- täglich
- 3-4mal pro Woche
- 1-2mal pro Woche
- 1-2mal pro Monat
- nie

Ich trinke bevorzugt folgende alkoholische Getränke \_\_\_\_\_



**Raucherstatus**

Ich rauche Ja  Nein

Ich bin seit \_\_\_\_\_ Jahren Raucher

Ich rauche täglich \_\_\_\_\_ Zigaretten

Ich bin Ex-Raucher seit \_\_\_\_\_

**Medikamente**

Ich nehme folgende Medikamente (auch Insulin) und Nahrungsergänzungsmittel ein:

Medikament	Dosis	Morgens	Mittags	Abends

**Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien**

Ich habe folgende Allergien \_\_\_\_\_

Ich habe folgende Nahrungsmittelunverträglichkeiten \_\_\_\_\_

Ich habe gegen folgende Lebensmittel eine Abneigung \_\_\_\_\_

**Kostform**

Ich ernähre mich nach folgender Kostform:

- Mischkost
- vegetarische Kost
- vegane Kost



sonstiges \_\_\_\_\_

### Ernährungsverhalten

Ich esse täglich \_\_\_\_\_ Mahlzeiten (inklusive Zwischenmahlzeiten)

Ich esse regelmäßig Ja  Nein

Wenn Nein: Warum essen Sie unregelmäßig? \_\_\_\_\_

Ich esse schnell Ja  Nein

Ich esse langsam Ja  Nein

Wer bereitet Ihr Essen zu? \_\_\_\_\_

Ich esse oft/regelmäßig außerhalb Ja  Nein

Wenn ja wo z.B. Kantine, Restaurants? \_\_\_\_\_

Ich esse regelmäßig Fast Food Ja  Nein

Ich esse mit Ablenkung z.B. Zeitung, Fernseher, etc. Ja  Nein

Wenn ja wie? \_\_\_\_\_

Ich esse in Gesellschaft Ja  Nein



Ich konsumiere Süßigkeiten und Knabbereien

- mehrmals am Tag
- einmal am Tag
- 2-3mal pro Woche
- einmal pro Woche
- Seltener

Wie oft? \_\_\_\_\_

Ich verzehre bevorzugt folgende Süßwaren und Knabbereien \_\_\_\_\_

### **Ernährungsprobleme**

Ich leide unter folgenden ernährungsbezogenen Problemen

- Verstopfungen  
Anzahl der Stuhlentleerungen pro Woche \_\_\_\_\_
- Durchfall  
Anzahl der Stuhlentleerungen am Tag \_\_\_\_\_
- Blähungen
- Appetitlosigkeit
- Sodbrennen
- Übelkeit
- Erbrechen
- Völlegefühl
- Kaustörungen
- Schluckstörungen
- Geschmacksveränderungen

Die folgenden Fragen bitte bei bestehendem Übergewicht beantworten.

## Übergewicht

Gewichtsverlauf im letzten Jahr \_\_\_\_\_

Niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Höchstes (Erwachsenen-) Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Übergewicht in der Kindheit Ja  Nein

Übergewicht in der Pubertät Ja  Nein

Übergewicht in der Schwangerschaft Ja  Nein

Übergewicht in/seit der Menopause Ja  Nein

Körperstellen an denen ich besonders zugenommen habe

- Bauch
- Brust
- Oberkörper
- Beine

## Ziele

Ich möchte \_\_\_\_\_ kg abnehmen.

Ich möchte dieses Ziel in folgendem Zeitraum erreichen \_\_\_\_\_

Durch welche Maßnahmen möchten sie die Gewichtsreduktion erreichen?

- Ernährungstherapie
- Verhaltenstherapie
- Bewegungstherapie
- Hypnose
- Medikamente
- Magenballon
- Operation

Warum möchten Sie abnehmen?

- Wohlbefinden steigern
- Risikofaktoren reduzieren
- Lebensqualität steigern
- Körperliche Beschwerden lindern
- Sonstiges: \_\_\_\_\_





Warum essen Sie?

- um Hunger zu stillen
- aus Appetit
- Gelüste
- Langeweile
- Einsamkeit
- Trost
- Genuss
- Ablenkung von Problemen
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Ich stehe nachts auf um mir etwas zum Essen zu holen Ja  Nein

Haben Sie Ess-/Heißhungerattacken Ja  Nein

Wenn Ja: Wann und Wie oft \_\_\_\_\_

Ich kontrolliere mein Gewicht

- täglich
- mehrfach am Tag
- 3-5mal pro Woche
- 1-2mal pro Woche
- einmal im Monat
- nie



Anzahl der durchgeführten Diäten

- noch nie
- 1-5 mal
- 6-9 mal
- >10 mal
- regelmäßig
- ich halte ständig Diät

Durchgeführte Maßnahmen zur Gewichtsreduktion

Diätdauer \_\_\_\_\_

- Low Carb
- Low Fat
- Trennkost
- Mahlzeitenersatz durch Shakes  
Produkt: \_\_\_\_\_
- Ernährungsumstellung
- Weight Watchers
- Steigerung der Bewegung
- Reha-Maßnahmen mit stationärem Aufenthalt
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Ich habe folgende Medikamente zur Gewichtsreduktion eingesetzt

- Xenical
- Reductil
- Metformin
- Acomplia
- Wellbutrin
- Naltrexin
- Tapamax
- L112
- Sonstige: \_\_\_\_\_