



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

Gynäkologische/Urologische Informationen

- Ich habe während einer Schwangerschaft mehr als 15 kg zugenommen. Ja Nein
- Ich habe nach der Entbindung wieder mein Ausgangsgewicht erreicht. Ja Nein
- Ich litt während der Schwangerschaft unter Schwangerschaftsdiabetes. Ja Nein
- Finden Sie sich in der Menopause? Ja Nein
- Seit wann? _____

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

Anamnesebogen Diabetes- und Ernährungsberatung



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

Nahrungsmittelenverträglichkeiten 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: _____