



Persönliche Angaben

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Hausarzt: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Gewichtsverlauf der letzten 6 Monate _____ kg

Lebenssituation

Ich bin

- ☐ Ledig
- ☐ In einer Partnerschaft

Haushalt

- ☐ Ich lebe im Haushalt meiner Eltern
- ☐ Ich habe Kinder Anzahl _____
- ☐ __ Kinder leben in meinem Haushalt
- ☐ Ich lebe alleine
- ☐ Ich lebe mit meinem Partner zusammen

Berufliche Situation

- ☐ Ich bin berufstätig
- ☐ Beruf _____
- ☐ Arbeitszeit pro Woche _____ Stunden
 - ☐ Schichtarbeit
 - ☐ Nachtarbeit
- ☐ Ich bin in der Ausbildung
- ☐ Ich studiere
- ☐ Ich beziehe Rente
- ☐ Ich bin arbeitsunfähig
- ☐ Ich bin arbeitslos



Warum kommen Sie zur Ernährungsberatung?

- ☐ Gewichtsreduktion
- ☐ Gewichtszunahme
- ☐ Chronische Erkrankungen
- ☐ Lebensqualität erhöhen
- ☐ Wohlbefinden steigern
- ☐ Ernährungsumstellung
- ☐ Ärztliche Empfehlung
- ☐ Sonstiges: _____

Was sind Ihre Erwartungen an mich?

Was erhoffen Sie sich von der Ernährungsberatung?



Erkrankungen (bitte erläutern)

- ☐ Erhöhte Blutfettwerte
- ☐ Gicht
- ☐ Erhöhter Blutdruck
- ☐ Gefäßerkrankungen _____
- ☐ Schilddrüsenerkrankungen _____
- ☐ Nierenerkrankungen _____
- ☐ chronische entzündliche Darmerkrankungen _____
- ☐ Lebererkrankungen _____
- ☐ Gallensteine
- ☐ Osteoporose
- ☐ Diabetes Typ 1
- ☐ Diabetes Typ 2
- ☐ Wirbelsäulenerkrankungen _____
- ☐ Gelenkerkrankungen _____
- ☐ Autoimmunerkrankungen _____
- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Schlafprobleme
- ☐ Sonstige Erkrankungen _____

In meiner Familie kommen folgende Erkrankungen gehäuft vor:



Beschwerden

Allgemeine Beschwerden

- ☐ Zurzeit habe ich keine Beschwerden
- ☐ Atemnot in der Ruhe
- ☐ Atemnot unter Belastung (nach 1 – 2 Etagen)
- ☐ Nächtliches Schnarchen
- ☐ Häufiges nächtliches Wasserlassen
- ☐ Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Antriebslosigkeit
- ☐ Unruhe
- ☐ Verstärktes Schwitzen
- ☐ Bildung von Dehnungsstreifen
- ☐ Häufige Pilzinfektionen
- ☐ Krampfadern
- ☐ 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 ☐ |

Gynäkologische Informationen

- | | |
|---|---|
| Ich bin derzeit schwanger | Ja ☐ Nein ☐ |
| Schwangerschaftswoche _____ | |
| Ich habe während der Schwangerschaft mehr als 15 kg zugenommen | Ja ☐ Nein ☐ |
| Ich habe nach der Entbindung wieder mein Ausgangsgewicht erreicht | Ja ☐ Nein ☐ |
| Ich befinde mich in der Menopause | Ja ☐ Nein ☐ |
| Seit _____ | |



Bewegungsgewohnheiten

Ich treibe Sport Ja ☐ Nein ☐

Sportart: _____

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 – 4 mal pro Woche
- ☐ 1 – 2 mal pro Woche
- ☐ 1 – 2 mal pro Monat
- ☐ nie

Ich trinke bevorzugt folgende alkoholische Getränke _____



Nikotinkonsum

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

Allergien _____ seit _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten _____ seit _____

Abneigung gegen Lebensmittel _____ seit _____

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

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 – 3 mal pro Woche

☐ einmal pro Woche

☐ seltener

Wie oft? _____

Ich verzehre häufig folgende Süßwaren und Knabbereien _____



Ernährungsprobleme

Ich leide unter folgenden Ernährungsstörungen

- ☐ Blähungen
- ☐ Sodbrennen
- ☐ Verstopfungen

Anzahl der Stuhlentleerungen pro Woche _____

- ☐ Durchfall

Anzahl der Stuhlentleerungen pro Woche _____

- ☐ 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/seid der Menopause Ja ☐ Nein ☐

Körperstellen an denen ich besonders zugenommen habe

- ☐ Bauch
- ☐ Beine/Po
- ☐ Brust
- ☐ Oberkörper

Ziele

Ich möchte _____ kg abnehmen

Ich möchte dieses Ziel in folgendem Zeitraum erreichen: _____

Durch welche Maßnahmen möchten sie die Gewichtsreduktion erreichen?

- ☐ Ernährungstherapie
- ☐ Verhaltenstherapie
- ☐ Bewegungstherapie
- ☐ Magen – OP

Warum möchten Sie abnehmen?

- ☐ Körperliche Beschwerden lindern
- ☐ Wohlbefinden steigern
- ☐ Risikofaktoren reduzieren
- ☐ Lebensqualität steigern
- ☐ Sonstiges: _____



Warum essen Sie?

- ☐ Um Hunger zu stillen
- ☐ Gelüste
- ☐ Langweile
- ☐ Trost
- ☐ Genuss
- ☐ Ablenkung von Problemen
- ☐ Sonstiges: _____

Ich stehe nachts auf um etwas zum Essen zu holen

Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie Ess-/Heißhungerattacken

Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja: Wann und Wie oft _____

Ich kontrolliere mein Gewicht

- ☐ täglich
- ☐ mehrmals am Tag
- ☐ 3 – 5 mal pro Woche
- ☐ 1 – 2 mal 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

- ☐ Low Carb
- ☐ Trennkost
- ☐ Mahlzeitenersatz durch Shakes

Produkt: _____

- ☐ Ernährungsumstellung
- ☐ Weight Watchers
- ☐ Steigerung der Bewegung
- ☐ Sonstiges: _____

Ich habe folgende Medikamente zur Gewichtsreduktion eingesetzt:

Ich habe folgende chirurgische Eingriffe zur Gewichtsreduktion erhalten: Wann: _____

- ☐ Magenballon
- ☐ Magenband
- ☐ Schlauchmagen
- ☐ andere: _____