

Gesundheits- und Ernährungsanamnese

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst vollständig und ehrlich. Die Angaben dienen ausschließlich der individuellen Ernährungsberatung.

Persönliche Daten

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Alter: _____

Größe (cm): _____

Aktuelles Gewicht (kg): _____

Wunschgewicht (kg): _____

Beruf/Tätigkeit: _____

Familiäre und soziale Situation

Familienstand:

☐ Ledig

☐ Verheiratet

☐ Lebensgemeinschaft

☐ Geschieden

☐ Verwitwet

Kinder:

☐ Nein

☐ Ja, Anzahl: _____

Wohnsituation:

☐ Wohnung

☐ Haus

☐ Sonstiges: _____

Mit wem leben Sie zusammen?

☐ Allein

☐ Partner/in

☐ Familie

☐ Sonstige Personen: _____

Anliegen und Ziele

Welche aktuelle Problematik oder Herausforderung möchten Sie in der Beratung besprechen?

Welche Ziele möchten Sie erreichen?

☐ Gewichtsreduktion

☐ Gewichtszunahme

☐ Mehr Energie

☐ Gesundere Ernährung

☐ Verbesserung des Wohlbefindens

☐ Sonstiges:

Gesundheitliche Situation

Bestehen aktuell Erkrankungen?

☐ Nein

☐ Ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ Nein

☐ Ja, welche?

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

☐ Nein

☐ Ja, welche?

Stehen Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?

☐ Nein

☐ Ja

Welche körperlichen Beschwerden haben Sie aktuell?

☐ Verdauungsbeschwerden

☐ Blähungen

☐ Verstopfung

☐ Durchfall

☐ Müdigkeit/Erschöpfung

☐ Kopfschmerzen

☐ Gelenkbeschwerden

☐ Schlafstörungen

☐ Sonstige:

Ernährungsverhalten

Wie würden Sie Ihre aktuelle Ernährung beschreiben?

- ☐ Überwiegend frisch gekocht
 - ☐ Mischung aus frisch gekocht und Fertigprodukten
 - ☐ Häufig Fertigprodukte
 - ☐ Häufig kalte Küche
 - ☐ Häufig außer Haus
 - ☐ Sonstiges:
-

Haben Sie eine besondere Vorliebe für:

- ☐ Süßes
- ☐ Salziges
- ☐ Beides
- ☐ Weder noch

Wie viele Mahlzeiten essen Sie täglich?

- ☐ 1–2
- ☐ 3
- ☐ 4–5
- ☐ Mehr als 5

Essen Sie regelmäßig Snacks zwischen den Mahlzeiten?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Wenn ja, wie viele pro Tag? _____

Wie viel trinken Sie durchschnittlich pro Tag?

- ☐ Unter 1 Liter
- ☐ 1–1,5 Liter
- ☐ 1,5–2 Liter
- ☐ 2–3 Liter
- ☐ Mehr als 3 Liter

Welche Getränke konsumieren Sie überwiegend?

- ☐ Wasser
 - ☐ Tee
 - ☐ Kaffee
 - ☐ Softdrinks
 - ☐ Saft
 - ☐ Alkohol
 - ☐ Sonstige:
-
-

Obst- und Gemüsekonsum

Wie oft essen Sie Gemüse?

- ☐ Täglich
- ☐ 5–6 Mal pro Woche
- ☐ 3–4 Mal pro Woche
- ☐ 1–2 Mal pro Woche
- ☐ Selten
- ☐ Nie

Wie oft essen Sie Obst?

- ☐ Täglich
 - ☐ 5–6 Mal pro Woche
 - ☐ 3–4 Mal pro Woche
 - ☐ 1–2 Mal pro Woche
 - ☐ Selten
 - ☐ Nie
-

Gewichtsverlauf

Haben Sie bereits versucht abzunehmen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Welche Maßnahmen haben Sie bisher unternommen?

- ☐ Diäten
 - ☐ Kalorienzählen
 - ☐ Intervallfasten
 - ☐ Mehr Bewegung
 - ☐ Nahrungsergänzungsmittel
 - ☐ Sonstiges:
-

Was hat Ihrer Meinung nach verhindert, dass Sie Ihr Ziel dauerhaft erreicht haben?

Bewegung und Alltag

Wie aktiv sind Sie im Alltag?

- ☐ Überwiegend sitzende Tätigkeit
- ☐ Teilweise körperlich aktiv
- ☐ Körperlich anstrengende Tätigkeit

Betreiben Sie Sport?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Wenn ja:

Art: _____

Häufigkeit pro Woche: _____

Stress und Schlaf

Wie würden Sie Ihr aktuelles Stresslevel einschätzen?

- ☐ Sehr niedrig
- ☐ Niedrig
- ☐ Mittel
- ☐ Hoch
- ☐ Sehr hoch

Was sind Ihre größten Stressfaktoren?

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?

- ☐ Weniger als 5 Stunden
- ☐ 5–6 Stunden
- ☐ 6–7 Stunden

☐ 7–8 Stunden

☐ Mehr als 8 Stunden

Wie bewerten Sie Ihre Schlafqualität?

☐ Sehr gut

☐ Gut

☐ Mittel

☐ Schlecht

☐ Sehr schlecht

Erklärung des Klienten

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Mir ist bekannt, dass die Ernährungsberatung keine ärztliche, heilpraktische oder therapeutische Behandlung ersetzt. Diagnosen werden nicht gestellt und medizinische Behandlungen werden weder empfohlen noch durchgeführt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Klient: _____

Unterschrift Berater: _____