

## Persönlicher Fragebogen

Jede Ernährungsberatung ist sehr individuell. Je mehr ich über Sie weiß, umso besser kann ich meine Empfehlungen auf Sie abstimmen. Ich möchte Sie daher bitten, diesen Fragebogen auszufüllen und vor unserem ersten Termin an mich zurückzusenden.

Alle Informationen werden selbstverständlich vertraulich behandelt und sicher aufbewahrt. Möchten Sie zu einer Frage keine Angaben machen oder diese lieber im persönlichen Gespräch klären, dann lassen Sie die entsprechenden Felder einfach frei.

### Kontaktdaten

Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:  E-Mail:

Geburtsdatum:

### Angaben zur Person

Größe:  Rauchen Sie?  ja  nein

Gewicht:

Hat sich ihr Gewicht kürzlich verändert?  ja, um ...  kg im  nein  
Zeitraum von.....

Mit wem leben Sie in einem Haushalt?

Wie viele Kinder haben Sie?  Und wie alt sind diese?

Nur für Frauen: Sind Sie schwanger?  ja  nein  
Stillen Sie derzeit?  ja  nein

### Angaben zur beruflichen Situation

Ausgeübter Beruf:

Arbeitszeit pro Tag (in Stunden):

Schichtarbeit?  ja  nein Leichte/sitzende Tätigkeiten?  ja  nein

Regelmäßige Pausen?  ja  nein Schwere/körperliche Tätigkeiten?  ja  nein

### Angaben zur körperlichen Aktivität

Treiben Sie Sport?  ja  nein

Sportarten:

Wie viele Minuten Sport machen Sie in der Woche?

Sind Sie in Ihrer Mobilität eingeschränkt?  
 stark eingeschränkt  etwas eingeschränkt  vollständig mobil

### **Angaben zum Ernährungsverhalten**

Beschreiben Sie einen für Sie typischen Tag: Zu welchen Uhrzeiten essen Sie? An welchem Ort nehmen Sie Ihr Essen zu sich? Essen Sie alleine, vor dem Fernseher oder in Gesellschaft?

Kochen Sie Ihr Essen selbst oder wer bereitet Ihre Speisen zu?

Wie oft verwenden Sie Fertigprodukte oder essen Sie regelmäßig Fast Food?

Wie schätzen Sie Ihre Lebensmittelauswahl ein? Wo sehen Sie Änderungsbedarf?

Lehnen Sie bestimmte Speisen oder Lebensmittel strikt ab?

Sind bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder -allergien bekannt?

Haben Sie schon bestimmte Diäten ausprobiert? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

### Angaben zu sonstigen Erkrankungen

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen festgestellt worden?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Übergewicht/Adipositas       | <input type="radio"/> Osteoporose                         |
| <input type="radio"/> Diabetes Typ 1               | <input type="radio"/> Rheuma                              |
| <input type="radio"/> Diabetes Typ 2               | <input type="radio"/> Krebserkrankungen                   |
| <input type="radio"/> Erhöhte Blutfettwerte        | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen            |
| <input type="radio"/> Erhöhter Blutdruck           | <input type="radio"/> Hauterkrankungen                    |
| <input type="radio"/> Erhöhte Harnstoffwerte/Gicht | <input type="radio"/> Untergewicht                        |
| <input type="radio"/> Herzerkrankungen             | <input type="radio"/> Essstörung                          |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankungen           | <input type="radio"/> Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes |

Sonstige Erkrankungen oder Erläuterungen:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind Sie anfällig für Infekte?                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fühlen Sie sich müde und angespannt?                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Verstopfung, Durchfällen, Blähungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie nach dem Essen müde?                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fühlen Sie sich oft gestresst?                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Welche Medikamente nehmen Sie akut oder regelmäßig ein?



Anna Fleth  
Ernährungswissenschaftlerin  
Mail: [kontakt@ernaehrung-fleth.de](mailto:kontakt@ernaehrung-fleth.de)  
Telefon: 02381 / 54 888 55

---

**Mit welchem Anliegen kommen Sie zu mir?**

Schildern Sie bitte genau Ihre Wünsche, Beschwerden und Symptome. Was sind Ihre Erwartungen an die Beratung?

Datum: