

Fragebogen zum Ernährungsprotokoll

Frau / Herr

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Größe: _____	Bauchumfang: _____
Gewicht: _____	Wunschgewicht: _____
Blutdruck: _____	Puls: _____

Raucher: _____ wie viel Stück / Tag: _____ seit wann: _____

Ich trinke 1-2-3-4-5-6-7 x pro Woche Wein / Bier / alkohol. Getränke

Beruf: _____

Ist Ihre berufl. Tätigkeit überwiegend sitzend / stehend

Vorhandene bekannte Erkrankungen (bei bestehenden ernsthaften Erkrankungen z.B. an Leber, Nieren, Darm, Diabetes mellitus, Einnahme von Medikamenten, z.B. „Blutverdünner“ oder „Abführmittel“ besonders darauf hinweisen) :

- | | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Zöliakie (Gluten) | <input type="checkbox"/> Fructose Intoleranz | <input type="checkbox"/> Eiweiß <input type="radio"/> Hühner / <input type="radio"/> Milch | |
| <input type="checkbox"/> schwanger | <input type="checkbox"/> stillend | | |

Besondere Vorlieben: _____

Besondere Abneigungen: _____

Essgewohnheiten

Ich nehme täglich (1) (2) (3) (4) (5) Mahlzeiten ein.

Ich nehme täglich (1) (2) warme Mahlzeiten ein.

Ich frühstücke: zu Hause im Büro in der Kantine
 täglich unregelmäßig kaum nie

mit meiner Familie alleine mit Kollegen

Zum Frühstück gibt es:

Brot Brötchen Butter/Margarine Marmelade Wurst Käse
 Quark Rahm Kaffee Tee Wasser Obst

Ich esse Obst:

täglich 1 - 3 4 - 5 pro Woche kaum nie

Ich esse Gemüse:

täglich 1 - 3 4 - 5 pro Woche kaum nie

Ich esse Vollkornprodukte:

täglich 1 - 3 4 - 5 pro Woche kaum nie

Ich esse (light) Leicht-Produkte:

täglich 1 - 3 4 - 5 pro Woche kaum nie

Ich koche:

täglich 1 - 3 4 - 5 pro Woche kaum nie

Ich gehe in die Betriebskantine essen:

täglich 1 - 3 4 - 5 pro Woche kaum nie

Ich führe einen Haushalt (kochen, putzen, bügeln, Kind, Haustier)

Ich habe einen Garten, den ich regelmäßig pflege

Sport / Bewegung

Meine körperliche Fitness ist:

Ich mache 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 Sport in der Woche / _____ Minuten

Möchten Sie in Zukunft zur Unterstützung Ihres veränderten Essverhaltens und zur Erhaltung oder Wiedererlangung Ihrer Gesundheit eine Sportart ausüben, z.B.:

Walking Nordic Walking Joggen Schwimmen Radfahren
mehr Spazieren gehen ins Fitness Studio gehen

Fitness Studio:

Sportverein:

Ohne Verein:

Bei Gewichtsreduzierung: Ich habe schon versucht abzunehmen () ja () nein

Bereits durchgeführte Diäten mit / ohne Erfolg und wann probiert:

Diät: _____

Wie oft?: _____

Möchten Sie in Zukunft bewusster essen ?

() ja () nein () vielleicht () weiß ich noch nicht

1. Wie stellen Sie sich Ihre Beratung in Zukunft vor, was erwarten Sie?

(z.B. Informationen über Essverhalten, Motivation zum Durchhalten, Tipps, Ratschläge)

2. Kennen Sie die Ursachen für Ihr Ernährungsproblem?

3. Wie steht die Familie zu Ihrem Wunsch, die Ernährung umzustellen und die Hilfe einer Ernährungsberaterin in Anspruch zu nehmen

() gut () weniger gut () sind nicht interessiert () ist überflüssig

4. Haben Sie einen starken Willen

() ja () eher weniger () nein

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden (freiwillige Angaben)

() Anzeigenwerbung in der Zeitung () Flyer () Empfehlung

.....

Datum / Unterschrift