

Warum kommen Sie zur Ernährungsberatung?

- allgemeine Beratung Gesundheitsvorsorge gesündere Ernährung
 Gewichtsreduktion Gewichtszunahme Gewicht halten
 chronische Erkrankungen Erhöhung der Lebensqualität Steigerung des Wohlbefindens
 Ernährungsumstellung Stoffwechselregulierung Verbesserung der Gesundheit
 auf ärztlichen Rat
 Sonstiges: _____

Gewichtsentwicklung:

Gewicht in der Kindheit:
Gewicht in der Jugend:
Mit 20 Jahren:
Wann begann die Gewichtszunahme / Abnahme:
Gewichtsverlauf der letzten 6 Monate:

Welche Therapien / Diäten / Maßnahmen erfolgten bereits?

Bestandsaufnahme:

Gewicht: _____ kg Wunschgewicht: _____ kg
Größe: _____ cm Hüftumfang: _____ cm
Taillienumfang: _____ cm BMI: _____
Falls sie diese Werte kennen:
Viszeralfett: _____ Muskelanteil: _____
Grundumsatz: _____
Geschätzter Leistungsumsatz: _____
Täglicher Energiebedarf: _____
Aus Ernährungsangaben errechnete Tageszufuhr: _____
Tägliche Energiebilanz: _____

Sind Sie bereit Ihre Ernährung (ggf. auch grundlegend) zu verändern?

- ja nein

Gewichtszunahme wo?

Ich habe besonders zugenommen:

- Bauch Oberkörper Brust Beine Oberschenkel Po

Zubereitung der Mahlzeiten

- Ich koche selbst**
 selten häufig nie

- Verwendung von Fertiggerichten**
 selten häufig nie

Soziale Situation:

- verheiratet geschieden ledig
 in Partnerschaft verwitwet

Ich lebe:

- im Haushalt meiner Eltern alleine

Ich habe: _____ Kinder

ich lebe mit meinem (Ehe) Partner zusammen

Kinder leben in meinem Haushalt

Berufliche Situation

ich bin Berufstätig nicht berufstätig

Vollzeit Teilzeit

Schichtarbeit Nachtarbeit

Ich arbeite _____ Stunden pro Woche

Ich bin

in der Ausbildung studiere

arbeitslos arbeitsunfähig berentet

Wie glücklich sind Sie (1-10) _____
 (1 = kaum, 10 = sehr glücklich)

Verhältnis zur Familie

sehr gut gut mäßig schlecht garnicht

Partnerschaft / Ehe

sehr gut gut mäßig schlecht

Ich habe:

- Erhöhte Blutfettwerte erhöhte Antikörper
 Triglyceride erhöht Cholesterin erhöht
 Gicht/Gichtknoten erhöhten Blutdruck
 erhöhte Entzündungswerte

Ich bin erkrankt an:

- Atemwegen Nebennieren
 Krebs Multiple Sklerose
 Osteoporose Gefäßen
 Bauchspeicheldrüse Leber/Milz

**Autoimmunerkrankungen
 Stoffwechselerkrankungen**
 (bisher generell)

- Sklerodermie Kollagenosen
 Hashimoto Thyreoiditis Morbus Basedow
 Fibromyalgie HPU / KPU
 Morbus crohn Colitis ulzerosa
 Multiple Sklerose Psoriasis
 Sjögren Syndrom Vaskulitis
 Lupus erythematodes Diabetes mellitus
 Rheumatoide Arthritis Spondylarthritis

Andere: _____

Viruserkrankungen

- Borreliose Eppstein Bar Virus
 andere Viruserkrankungen

Ernährung

- normal vegetarisch vegan
 low carb glutenfrei laktosefrei

- fruktosefrei histaminarm
 Paleo clean eating Rohkost
 bereits mehrere Diäten gemacht

Wieviel trinken Sie pro Tag?

- Heißhungeranfälle
 Beschwerden nach dem Essen
 Beschwerden bei nüchternem Magen
 Sodbrennen

Wo essen Sie?

- zu Hause unterwegs Kantine
 Mensa Restaurant Imbiss
 sonstige _____

Wie oft trinken Sie Alkohol – welchen?

Essverhalten (vermehrtes Essen)

- ich esse langsam ich esse hastig
 ich esse unregelmäßig ich esse regelmäßig
 ich esse am Tisch ich esse unterwegs
 ich esse bei Ablenkung ich esse aus Frust
 Ich esse aus Langeweile
 ich esse in Gesellschaft mehr
 ich esse, wenn ich allein bin
 ich nasche noch nach dem Abendessen
 ich esse viel Süßigkeiten
 ich esse viel Knabberien

Unverträglichkeiten / Allergien

- Gluten Laktose Histamin
 Fruktose Obst Sorbit
 Milchprodukte Milcheiweiß Fett
 Krustentiere Meeresfrüchte Fisch
 Schalentiere Hühnereiweiß Soja
 Nüsse Senf Lupine
 Sesam Zwiebel/Knobl Sellerie
 Heuschnupfen Kreuzallergien Tierhaare
 Schwefeldioxid Pflegeprodukte
 Medikamente Kontaktallergie

Desensibilisierung: ja nein

Verlangen:

- Zucker /Süßes Saures Salziges
 Schokolade Bitteres Scharfes
 Pikantes Eier Fleisch
 Fett Käse Obst
 Milchprodukte Kaffee
 Nikotin Drogen Alkohol

Abneigung:

- Zucker /Süßes Saures Salziges
 Schokolade Bitteres Scharfes
 Pikant Eier Fleisch
 Fett Käse Obst
 Milchprodukte Kaffee

Bestimmte andere Lebensmittel

Auf welche Lebensmittel können Sie nicht / nur schwer verzichten?

Körpergefühl:

- Übergewicht Untergewicht normal
 Essstörung

Bewegung

- unter 3.000 Schritten täglich
 3.000 bis 6.000 Schritte täglich
 über 6.000 Schritte täglich
 über 10.000 Schritte und mehr

Sport

- reguläres Training moderates Training
 Leistungssport untrainiert
 Ausdauertraining Muskeltraining
 Ausdauer + Muskeltraining
 1x/Wo 2-3x/Wo

Schlaf

- schlechter Schlaf guter Schlaf
 schlechtes Einschlafen Gedankenandrang
 schl. Durchschlafen schnell/oft müde
 häufiges Erwachen (wie oft?) _____
 Schlafwandeln Sprechen im Schlaf
 keine Traumerinnerung lebhafte Träume
 nächtliches Wasserlassen (wie oft?) _____
 unruhige Beine Schwitzen im Schlaf
 Zähne knirschen Zahnabdrücke
 Zähne zusammenbeißen

- keine Traumerinnerung lebhafte Träume
 Zähne knirschen Zahnabdrücke
 Zähne zusammenbeißen

Naturheilverfahren (bisher generell)

- Homöopathie Akupunktur
 Bachblüten Teemischungen
 ätherische Öle Aromatherapie
 Eigenbluttherapie Eigenurintherapie
 Bioresonanztherapie Heilbäder
 mit Therapeuten in Eigenregie

Kopfschmerzneigung ¹⁰²

- häufige selten nie
 alte Kopfverletzung erlitten
 Migräne Aura
 Begleitsymptome zur Migräne vorhanden
 Übelkeit Erbrechen
 Lärm schlechter Dunkelheit besser
 andere _____

Kopfschmerz schlechter bei Bewegung ¹⁰⁵

Kopfschmerz halbseitig wandernd

Kopfschmerz beidseitig

Lokalisation: _____

Auslöser: _____

Neigung zu Schwindel ¹¹¹

Haare

- Haarausfall ¹¹⁴ kreisrund vereinzelt
 büschelweise / heftig Läuse
 Schuppen Krusten

Wann aufgetreten? _____

Augen

- Augenerkrankungen Augenfehler
 grauer Star grüner Star
 Weitsichtig Kurzsichtig
 Maculadegeneration feucht trocken
 Operationen trockene Augen
 Schielen Jucken Brennen
 Tränenfluss Sandgefühl

Ohren

- rechtes Ohr betroffen linkes Ohr betroffen
 häufige Mittelohrentzündungen
 Neigung zu Ohrenschmerzen ¹³³
 Schwerhörigkeit Taubheit
 Tinnitus/Ohrgeräusch ¹³⁴ Tinnitus generalisiert
 vermehrtes Ohrschmalz Ohrendruck
 anlegen lassen der Ohren

Nase

- Heuschnupfen Operationen
 Nasenkorrektur Geruchsstörungen
 häufige Nebenhöhlenentzündungen / Sinusitiden
 behinderte Nasenatmung
 häufige Erkältungen Absonderungen
 Nasenbluten

Hals

- häufige Mandelentzündungen (Tonsillitis)
 Mandeln entfernt Streptokokken
 Heiserkeit chronisch Kloßgefühl
Schilddrüse
 Überfunktion Morbus Basedow
 Unterfunktion Hashimoto
 Knoten warm kalt
 Vergrößert / Umfang vermehrt
 Druckgefühl im Hals Engegefühl
 Volumen vermindert Operation

Brust (äußere)

- eingezogene Brustwarzen
 Schmerzen Operationen
 Brustkrebs Mammographie
 discovering Hands

Brustkorb

- Trichter- Hühnerbrust Schmerzen

Atmung

- Verlangen tief zu atmen
 Tiefe Atmung nicht möglich
 Geräusch bei Einatmung
 Geräusch bei Ausatmung

Lunge

- Bronchitis Asthma COPD
 häufige Hustenerkrankungen Atemnot
 Lungenentzündung Brustfellentzündung
 Rippenfellentzündung häufiges Husten
 Schlafapnoe
 Neigung zu einer der Erkrankungen

Herz

- Myo- /Perikarditis
- Herzfehler
- Herzklappenproblem
- Operationen
- Beklemmungen / Enge
- Druckgefühl

Wie ist Ihr Blutdruck normalerweise (ungefähr)

-
- ausstrahlende Schmerzen in Arm oder Bauch
 - Hypertrophie (Vergrößerung)
 - Herzinfarkt
 - Stechen
 - Kammerflimmern/ Kammerflattern
 - Galopprrhythmus
 - Arrhythmie
 - Rhythmusstörungen
 - Schmerzen

Leber / Galle / Bauchspeicheldrüse

- Entzündungen
- Hepatitis
- Fettleber
- Gallensteine
- Operation
- Koliken
- Druck im Oberbauch
- Fettstuhl
- Fettunverträglichkeit
- Ikterus
- Diabetes
- Typ I
- Typ II
- Sonstige

Magen

- Magenschmerzen
- Reflux (auch still)
- Helicobacter
- Gastritis
- häufiges Aufstoßen
- Appetitlosigkeit
- Sodbrennen
- Völlegefühl
- Übelkeit

Abdomen / Unterbauch / Darm

- Druckempfindlichkeit
- Geräusche (Darm)
- Schmerzen
- Krämpfe
- auffallende Empfindungen

- Leistenbruch
- Nabelbruch
- Entzündungen
- Fisteln
- Colitis ulcerosa
- Morbus crohn
- Hämorrhoiden
- Analfissuren
- Blinddarm OP
- Divertikel
- Auftreibung
- Blähungen
- Windabgänge / Flatulenzen → unfreiwillig
- Juckreiz am Anus
- Prolaps
- Schließmuskelschwäche

Stuhlgang

- regelmäßig
- unregelmäßig
- normal

Neigung zu

- Durchfall
- Verstopfung

Konsistenz/Farbe:

- normal geformt
- knollig
- breiig
- wässrig
- hart
- schleimig
- brennend
- wund machend
- hell
- dunkel
- gelblich
- grün
- wie gehackt
- schaumig
- blutig
- Blutauflagerungen

Geruch (Stuhlgang)

- süßlich
- sauer
- fischig
- übelriechend
- aashaft
- faulig
- _____
- Gefühl nicht fertig zu werden
- unwillkürlicher Stuhlabgang

Blase / Nieren

- Nierensteine
- Nierenkolik
- Blasenentzündungen
- Harnries/steine
- häufiger Harndrang
- Harnstrahl schwach

- Harnstrahl unterbrochen
- Harnstrahl geteilt
- Urinmenge vermindert
- Harnverhaltung
- unwillkürlicher Urinabgang
- Urinmenge vermehrt
- vermehrter Harndrang
- tags
- nachts
- Beschwerden beim Urinieren

Arme

- Bewegungseinschränkungen
- Durchblutungsstörungen
- Kälteempfindungen
- Einschlafen der Hände
- Tennisellbogen
- Maushand
- Schmerzen
- Deputren Kontraktur
- Raynaud Syndrom

Beine

- Krampfadern
- Kältegefühl
- Verletzungen
- Schmerzen
- Kribbeln
- Taubheitsgefühl
- Besenreiser
- Hühneraugen
- Durchblutungsstörungen
- Restles legs / Unruhige Beine
- Schmerzende Beine am Abend
- Krämpfe
- Hitzeempfindungen

Rücken

- eingeschränkte Beweglichkeit
- Kalkschulter
- Verspannungen
- Rheuma
- Bandscheibenvorfall
- Schmerzen
- Hohlkreuz
- Skoliose
- Ischias
- Hexenschuss
- Operation
- Schmerzen: WWS BWS LWS

Haut / Nägel

- Urtikaria
- Neurodermitis
- Hautausschläge
- Juckreiz
- Geschwüre
- Warzen
- Flecken auf der Haut
- Red moles
- Sommersprossen
- Leberflecken
- Muttermale
- Hämangiome
- Atherome
- Gichtknoten
- Verbrennungen
- Narben
- Pilzerkrankung
- brüchige Nägel
- Nagelbettentzündungen
- splinternde Nägel
- eingewachsene Nägel
- Rillen
- Verfärbungen der Nägel

Sexualität

- vermindert
- vermehrt
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- Trockenheit der Scheide (Frauen)

Männer (Prostata)

- vergrößert
- Entzündungen
- PSA – erhöht
- Schmerzen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Ausfluss aus der Harnröhre
- sonstige Beschwerden an den Genitalien

Frauen (Gynäkologie)

Ausfluss (Fluor) kein Ausfluss

Geruch Ausfluss: _____

- stark
- schwach
- gelb
- weiß
- wundmachend
- färbt die Wäsche gelb

Menses

- normal schmerzlos pünktlich
- zu spät zu früh zu lange
- zu kurz unregelmäßig Krämpfe
- Schmerzen andere Zyklusstörungen

Blut

- hell dunkel dick
- klumpig dick heiß
- heftig mit Schleimhaut
- Geburten: _____
- Ausschabungen _____
- Fehlgeburten _____
- Abtreibungen _____

- Tumore Zysten Myome
- Schmerzen Eierstockentzündungen
- sonstige Beschwerden der Genitalien

Körpertemperatur

Bitte messen Sie über 1 Woche 2x täglich Ihre Körpertemperatur möglichst mit einem digitalen Thermometer (einmal morgens, noch im Bett und einmal abends, wenn Sie ins Bett gehen und tragen Sie diese Werte bitte hier ein:

- Tag 1 _____ / _____
- Tag 2 _____ / _____
- Tag 3 _____ / _____
- Tag 4 _____ / _____
- Tag 5 _____ / _____
- Tag 6 _____ / _____
- Tag 7 _____ / _____

Zu guter Letzt:
Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Meine Familienanamnese / Erkrankungen in meiner Familie

Mutter: Alter: _____ Jahrgang: _____

Großmutter (mütterlich)

Gestorben an: _____

Großvater (mütterlich)

Gestorben an: _____

Urgroßeltern: (mütterlich):

Gestorben an: _____

Onkel und Tanten: _____

Vater: Alter: _____ Jahrgang: _____

Großmutter (väterlich)

Gestorben an: _____

Großvater (väterlich)

Gestorben an: _____

Urgroßeltern: (väterlich)

Gestorben an: _____

meine **Geschwister:** _____