

Bei Gewichtsproblemen bitte angeben:

Gewichtsentwicklung

Gewicht in der Kindheit (unter/über/normalgewichtig)
Gewicht in der Jugend
Mit ca. 20 Jahren
Wann begannen die Gewichtsprobleme aus Ihrer Sicht?
Gewichtsverlauf der letzten 2 Jahre

Welche Maßnahmen / Diäten erfolgten bereits?

Bei Gewichtszunahme, wo haben Sie insbesondere zugenommen? :

- Bauch Hüften Beine Po Oberkörper Nacken

Bei Gewichtsabnahmewunsch: Falls Sie diese Werte kennen, bitte eintragen:

Viszeralfett: _____ Muskelanteil: _____

Grundumsatz: _____ Geschätzter Leistungsumsatz: _____

Täglicher Energiebedarf: _____ Errechnete Tageszufuhr: _____ Tägliche Energiebilanz: _____

Energie

- sehr belastbar mäßig belastbar kaum belastbar nicht belastbar
- antriebslos stressempfindlich oft krank am WE oder im Urlaub
- schnell müde / erschöpft überlastet

Gedächtnis / Konzentration

- Konzentrationsschwierigkeiten Merkfähigkeit gering Lernschwierigkeiten

Stimmung

- reizbar wütend depressiv traurig kummervoll
- unruhig / rastlos aggressiv nervös ungeduldig weinen
- mitleidig Stimmungsschwankungen → selten häufig

Psyche

- Ängste Phobien Zwänge Tic's Traumata
- pedantisch ordentlich überpünktlich unordentlich oft zu spät
- Gedankenandrang kann nicht loslassen Schuldgefühle
- Sorgen um Familie kümmern um Familie / Angehörige verantwortlich fühlend

Wie glücklich sind Sie (-10 bis +10) _____

Verhältnis zur Familie

- sehr gut gut mäßig schlecht garnicht

Unverträglichkeiten / Allergien

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

Desensibilisierung durchgeführt: ja nein

Auf welche Lebensmittel könn(t)en Sie nicht / nur schwer verzichten?

Körpergefühl:

- Übergewicht Untergewicht normal Essstörung*

Training / Sport / Bewegung

- regelmäßiges Training moderates Training untrainiert Leistungssport
 Ausdauertraining Muskeltraining 1x/Wo 2-3x/Wo öfter

Sportarten

Schlaf

- schlechter Schlaf guter Schlaf schlechtes Einschlafen
 Gedankenandrang leichter Schlaf

Befinden insgesamt

schlechter: durch _____ besser durch: _____

Leiden Sie unter einer Autoimmunerkrankung?

Wenn ja, unter welcher/welchen _____

Kopf / Kopfschmerzneigung

- häufige Kopfschmerzen Spannungskopfschmerzen Migräne

Kopfschmerzauslöser bekannt: _____

Ohren

- Tinnitus/Ohrgeräusch Tinnitus generalisiert

Nase

- Heuschnupfen häufige Erkältungen häufige Nebenhöhlenentzündungen/Sinusitiden

Mund

- rissige Mundwinkel/ Lippen Mundgeruch Aphten Lippenherpes

Hals

- häufige Halsschmerzen

Schilddrüse

- Überfunktion Morbus Basedow Unterfunktion Hashimoto
 Operation → Schilddrüse entfernt teilentfernt

Atemwegserkrankungen

- häufige Hustenerkrankungen
 Sonstige Angaben: _____

Leber / Galle / Bauchspeicheldrüse

- Fettleber Gallensteine Koliken Druck im Oberbauch Fettstuhl Fettunverträglichkeit
 Sonstige: _____

Magen

- Magenschmerzen Reflux Helicobacter Gastritis häufiges Aufstoßen
 Appetitlosigkeit Sodbrennen Völlegefühl Übelkeit
 Beschwerden nach dem Essen Beschwerden bei nüchternem Magen

Abdomen / Unterbauch / Darm

- Druckempfindlichkeit Geräusche (Darm – gluckern, pfeiffen...) Schmerzen Krämpfe
 Entzündungen Colitis ulcerosa Morbus crohn
 Blinddarm OP Divertikel Auftreibungen Blähungen Windabgänge / Flatulenzen
 Juckreiz am Anus Sonstige: _____

Stuhlgang → Aktueller Zustand

- Durchfall Verstopfung normal regelmäßig unregelmäßig
 Unverdaute Stühle
bzw. generelle Neigung zu Durchfall Verstopfung

Blase / Nieren

- Blasenentzündungen Erkrankung der Harnblase Erkrankung der Harnröhre
 Erkrankung der Nieren

Arme

- Bewegungseinschränkungen Schmerzen

sonstiges: _____

Ernährung

- normal vegetarisch vegan laktosefrei glutenfrei ketogen
- fruktosefrei histaminarm low carb Paleo clean eating
- Rohkost viele Fertigprodukte bereits mehrere Diäten gemacht

Sonstiges zur Ernährung: _____

Essgewohnheiten

- im Gehen in Ruhe Zwischendurch Heißhunger schnell wieder Hunger

Wie viele Mahlzeiten essen Sie? _____

Getränke

- Tee schwarz Kräuter Früchte Kaffee Cola Säfte/ Schorle
- Softdrinks Leitungswasser stilles Wasser Sprudelwasser
- Bier Wein Schnaps Sonstiges: _____

Zubereitung der Mahlzeiten:

- Ich koche selber: selten häufig immer nie
- Ich esse: Fertiggerichte Fastfood gehe essen selten häufig nie

Beschreiben Sie bitte stichpunktartig Ihre gewöhnlichen Mahlzeiten /normale Ernährung

Frühstück

Zwischenmahlzeit

Mittag

Nachmittag

Abend

Snacks

Wochenende
