

Ich freue mich, dass Sie sich entschlossen haben einen wertvollen Schritt für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden zu unternehmen! Gerne unterstütze ich Sie dabei!

Mit diesem Fragebogen ist es mir möglich in kurzer Zeit ein ganz auf Ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Programm zu entwickeln. Gleichzeitig hilft Ihnen der Fragebogen dabei Ihren Lebensstil und Ihre Bedürfnisse genauer zu betrachten.

Titel, Familienname, Vorname:
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:
E-Mail:
Telefonnummer:
Geburtsdatum:
Krankenkasse + Versicherungsnummer:

Erkrankungen und Beschwerden: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder andere elektronische Implantate?

ja nein

Bei Vorliegen einer Erkrankung ist lt. MTD-Gesetz eine ärztliche Zuweisung zur Ernährungsberatung notwendig. Bitte lassen Sie sich von Ihrer/m behandelnder/m Arzt/Ärztin eine Zuweisung zur Ernährungsberatung ausstellen und nehmen Sie diese zu Ihrem ersten Termin mit!

Wenn Sie einen aktuellen Blutbefund bzw. Befunde von Tests auf Nahrungsmittelunverträglichkeiten bzw. von gastro-enterologischen Untersuchungen haben, bringen Sie diese ebenfalls zur Erstberatung mit.

Datum: _____

Unterschrift: _____

❖ **Wünschen Sie eine kostenlose Zusammenfassung für Ihre/n betreuende/n Arzt/Ärztin?**

ja, gerne nein, danke

Wenn ja:

Titel, Familienname, Vorname:
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:
E-Mail:
Telefon/Handy:

❖ **Wie wurden Sie auf mich aufmerksam?**

- Internet
- Facebook / Instagram
- Arzt/Ärztin: _____
- über „Die Sportstätte“
- Empfehlung anderer Klienten
- Zeitung

❖ **Was sind Ihre Wünsche?**

- Körperfettreduktion – Mein Wunschgewichtsbereich ist: von _____ bis _____ kg
- Leistungssteigerung
- Verbesserung des Wohlbefindens
- Muskelaufbau
- Linderung meiner Beschwerden: _____
- Sonstige Ziele: _____

❖ **Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit:**

- Ich fühle mich fit und ausgeglichen
- Ich fühle mich ganz gut
- Ich bin gelegentlich müde
- Ich bin öfters müde und abgeschlagen
- Ich fühle mich ständig müde und abgeschlagen

❖ **Haben Sie Magen – Darm – Beschwerden?**

	Selten	gelegentlich	häufig
Blähungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühl:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

❖ **Stuhl**

Haben Sie auffallend hellen oder auffallend dunklen Stuhl bemerkt?

- ja nein

Hinterlässt der Stuhl oft „Spuren“ in der Toilette?

- ja nein

❖ **Schlafqualität**

- Ich schlafe gut und tief
- Ich habe Probleme beim Einschlafen
- Ich habe Schlafstörungen
- Ich muss nachts öfter zur Toilette
- Ich werde nachts wach, weil ich Hunger habe

❖ **Berufliche Tätigkeit:**

- regelmäßig von _____ bis _____ Uhr unregelmäßig

❖ **Haushalt**

Ich lebe...

- allein mit Partner und _____ Kind(ern)
 mit Partner ohne Partner mit _____ Kind(ern)

❖ **Rauchen Sie?**

- nein
 nicht mehr: _____ Zigaretten pro Tag über _____ Jahre
 ja: _____ Zigaretten pro Tag
 Haben Sie schon einmal versucht aufzuhören?
 ja nein

❖ **Gewichtsentwicklung:**

Wie hat sich Ihr Gewicht in der Vergangenheit verändert?

	Kindheit (0-10 Jahre)	Jugend (11-18 Jahre)	19-30 Jahre	30-40 Jahre	40-50 Jahre	50-60 Jahre	60 Jahre und älter
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichtes Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalgewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichtes Untergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körpergröße: _____

Aktuelles Gewicht: _____

❖ **Diäten:**

Haben Sie in der Vergangenheit bereits „Diäten“ ausprobiert? ja nein

Wenn ja, welche?

❖ **Sport und Bewegung**

- selten
- 1x pro Woche
- 2-3x pro Woche
- täglich

Welche Bewegung und ungefähres Stundenausmaß pro Woche?

- Spazieren _____ h/Woche
- Walken, Nordic Walking _____ h/Woche
- Radfahren _____ h/Woche
- Laufen _____ h/Woche
- Krafttraining _____ h/Woche
- Sonstiges: _____ h/Woche

❖ **Leiden Sie häufig an Kopfschmerzen?**

- nie selten manchmal häufig

❖ **Ernährungsverhalten**

▪ **Wenn ich abends spät und viel esse...**

- habe ich am nächsten Tag mehr Appetit als sonst
- habe ich tagsüber ein geringeres Hungergefühl
- bemerke ich keinen Unterschied zu sonst

▪ **Wenn ich frühstücke...**

- habe ich den ganzen Tag mehr Appetit als sonst
- habe ich tagsüber ein geringeres Hungergefühl
- bemerke ich keinen Unterschied zu sonst

▪ **Essgeschwindigkeit**

- ich bin ein Genießer und lasse mir beim Essen viel Zeit
- ich esse in einer normalen Geschwindigkeit
- ich nehme mir wenig Zeit zum Essen und esse meist schneller als andere

▪ **Wann ist Ihre Hauptmahlzeit?**

- Mittags Abends unterschiedlich

▪ **Mahlzeitenverteilung**

	Frühstück	Vormittag	Mittag	Nachmittag	Abend	Später
täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeden 2. Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seltener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▪ **Ich habe Heißhungerattacken auf _____**

- täglich 1x pro Woche 1x pro Monat

▪ **Durchschnittlicher Verzehr von Lebensmitteln**

Bitte kreuzen Sie an, wie häufig Sie folgende Nahrungsmittel verzehren:

	Mehrmals täglich	täglich	Mehrmals pro Woche	Ca. 1x pro Woche	Mehrmals pro Monat	Selten / nie
Getreideprodukte/Beilagen						
Brot, Gebäck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müsli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollkornprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartoffeln, Nudeln, Reis, Knödel,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milch und Milchprodukte						
Käse mind. 45% FiT (z.B. Gouda, Emmentaler, Camembert, Brie,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magerkäse max. 35% FiT (z.B. Goudette, Tilsette,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milch, Topfen, Joghurt 3,6% Fett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milch, Topfen, Joghurt 1% Fett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch/Wurst/Fisch						
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fetteiche Wurst (Salami, Speck, Bratwurst,..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettarme Wurstsorten (Schinken, Krakauer, Kalbspariser,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mehrmals täglich	täglich	Mehrmals pro Woche	Ca. 1x pro Woche	Mehrmals pro Monat	Selten / nie
Obst / Gemüse						
Gemüse / Salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hülsenfrüchte (Erbsen, Bohnen, Linsen, Kichererbsen, Soja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruchtsaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßes und Snacks						
Süßigkeiten, Schokolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen, Kekse, Torten, Eis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salziges Knabbergebäck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fette						
Butter, Margarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bereiten Sie Ihre Mahlzeiten selbst zu?

ja meistens nein, ich gehe viel auswärts essen

jemand anderes _____

- Gehen Sie selbst einkaufen? ja nein

- Kochen Sie gerne? ja nein

- Ist das Kochen für Sie anstrengend? ja nein

- **Flüssigkeitszufuhr**

Wieviel trinken Sie pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet, auch Kaffee!): ca. _____ Liter

Bitte kreuzen Sie an wie häufig Sie folgende Getränke zu sich nehmen:

	täglich	wöchentlich	monatlich	Menge in ml oder l
Wasser, Mineral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fruchtsaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Limonaden (Cola, Fanta, Eistee,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verdünnungssaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wein / Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spirituosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- Haben Sie spezielle Fragen zum Thema Ernährung?

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens!

Ich freue mich darauf, Sie persönlich kennenzulernen und Sie ein Stück auf dem Weg in ein neues, optimiertes und vor allem genussreiches Leben zu begleiten.

Ihre Diätologin
 Martha Resatz, BSc.