

## Anamnesebogen Ernährungsberatung

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
 Geb. am: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_  
 Gewicht/Größe \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Vollzeit  Teilzeit  Schichtdienst

### 1. Ziele und Wünsche

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Leistungsfähigkeit | <input type="checkbox"/> Verbesserung des Wohlbefindens  |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Gesundheit         | <input type="checkbox"/> Aufbau von Muskulatur           |
| <input type="checkbox"/> Reduzierung von Schmerzen           | <input type="checkbox"/> Verbesserung der Schlafqualität |
| <input type="checkbox"/> Abbau von Körperfett                | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                |

### 2. Bisherige **Versuche** die oben genannten Ziele zu erreichen:

(Sport, Diät, Ernährungsumstellung...)

---



---



---

### 3. Wie ist ihr allgemeines **Wohlbefinden** zurzeit? (bitte einkreisen)

Sehr schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr gut

### 4. Wie hoch ist ihr **Stresslevel** aktuell? (bitte einkreisen)

**Beruflich** sehr niedrig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr hoch

**Privat** sehr niedrig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr hoch

5. Treiben Sie derzeit **Sport**?  Ja  Nein

Falls ja, beschreiben Sie bitte das Sportprogramm (Art, Dauer, Häufigkeit, Intensität):

---



---

6. Wie ist Ihre **Regeneration** nach dem Sport? (Muskelkater, schwere Beine, Dauer, Empfinden)

---



---

7. Leiden Sie derzeit unter **Erkrankungen** oder **Beschwerden**?  Ja  Nein

Allergien:

---

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

---

Autoimmunerkrankungen:

---

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

---

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes):

---

Rheumatische Beschwerden:

---

Sonstige:

---



---

8. Haben Sie häufig **Zahn- oder Zahnfleischprobleme**? (Karies, Zahnfleischbluten, Parodontitis)

Ja  Nein  Sonstiges: \_\_\_\_\_

9. Gibt es **hormonelle Besonderheiten**? (Zykluslänge, PMS, Stimmungsschwankungen, Wechseljahre...)

Ja  Nein Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

10. Nehmen Sie derzeit **Medikamente** ein?  Ja  Nein Wenn ja, welche?

---

11. Nehmen Sie derzeit **Supplemente/Nahrungsergänzungsmittel** ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

12. Trinken Sie **Alkohol**?  Ja  Nein Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

13. **Rauchen** Sie?  Ja  Nein Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag

14. Wieviel **trinken** Sie pro Tag? \_\_\_\_\_ (l/Tag) Was? (Wasser, Säfte...) \_\_\_\_\_

15. Wie würden Sie Ihre **Ernährung** beschreiben?

Sehr gesund 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr ungesund

Falls eher ungesund, gibt es Gründe?

keine Zeit  ich kann nicht gesund kochen  kein Angebot (Kantine o. Ä.)

Sonstige: \_\_\_\_\_

16. Wo nehmen Sie Ihre **Mahlzeiten** am öftesten ein?

zu Hause  unterwegs  bei der Arbeit  Kantine o.Ä.

Restaurants  Imbiss, Bäckerei etc.  Sonstige: \_\_\_\_\_

17. Wie ist Ihre **Verdauung**? (z.B. Blähbauch, Verstopfung, Durchfall, Völlegefühl...)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Stuhlgang: Häufigkeit: \_\_\_\_\_ pro Tag/ pro Woche

18. Wie ist Ihr **Schlaf**?

erholsam  nicht erholsam  Einschlafstörungen  Durchschlafstörungen

frühmorgendliches Erwachen  Sonstiges:

\_\_\_\_\_