

# ANAMNESEBOGEN

## Ernährungsberatung



### ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PERSON

Nachname, Vorname

Geburtsdatum, Alter

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Beruf

Vollzeit  Teilzeit  Schichtdienst

### ZIELE UND WÜNSCHE

Verbesserung der Leistungsfähigkeit  Verbesserung des Wohlbefindens

Verbesserung der Gesundheit  Verbesserung des Aussehens

Reduzierung von Schmerzen  Aufbau von Muskulatur

Abbau von Körperfett  Sonstiges:

BISHERIGE VERSUCHE OBEN GENANNT/S ZIEL/E ZU ERREICHEN

Sport, Ernährung, Diät, Dauer, Häufigkeit, Abbruchgründe etc.:

### AKTUELLE ERNÄHRUNGSSITUATION

WIE GEHT ES DIR ZUR ZEIT?

# ANAMNESEBOGEN

## Ernährungsberatung



WIE SCHÄTZEN DU DEINE ERNÄHRUNG EIN?

- sehr gesund  gesund  nicht sonderlich gesund  ungesund

Falls „nicht sonderlich gesund“ oder „ungesund“,  
bitte geben Sie einen Grund dafür an:

- keine Zeit  ich kann nicht gesund kochen  
 kein Angebot (Kantine o. Ä.)  gesundes Essen schmeckt mir nicht  
 Sonstige:

WO NIMMST DU DEINE MAHLZEITEN AM ÖFTESTEN EIN?

- zu Hause  unterwegs   
 Kantine o.Ä.  Restaurants  Imbiss, Bäckerei etc.

BESCHREIBE STICHPUNKTARTIG EINE ÜBLICHE MAHLZEIT

(z. B. „2 Brötchen mit Käse“):

Frühstück:

Mittag:

Abend:

Zwischendurch:

Sonstiges:

WIE OFT TRINKST DU DURCHSCHNITTLICH ALKOHOHL?

- täglich  mehrmals pro Woche  selten  nie

Falls mehrmals pro Woche oder häufiger:

Welche Art von Alkohol?

- Bier  Wein  Spirituosen

MACHEST DU DERZEIT EINE DIÄT?

- Ja  Nein

Falls ja, bitte beschreiben Sie diese:

# ANAMNESEBOGEN

## Ernährungsberatung



### AKTUELLE KONSTITUTION

TREIBDT DU DERZEIT SPORT?  Ja  Nein Falls ja, beschreiben Sie bitte das Sportprogramm (Art, Dauer, Häufigkeit, Intensität):

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

SCHWANGER?  Ja  Nein

LEIDEST DU DERZEIT UNTER ERKRANKUNGEN ODER BESCHWERDEN?  Ja  Nein

Falls ja, unter welchen?

\_\_\_\_\_

LEIDEST DU UNTER NAHRUNGSMITTELALLERGIEN?  Ja  Nein

Falls ja, unter welchen?

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

NIMMST DU DERZEIT MEDIKAMENTE ODER SUPPLEMENTE EIN?  Ja  Nein

Falls ja, welche?

- gegen Bluthochdruck  gegen Schilddrüsenunterfunktion
- Entwässerungstabletten (Diuretika)  gegen Schilddrüsenüberfunktion
- gegen zu hohen Blutzucker  Vitamine: \_\_\_\_\_
- Cholesterinsenker  Mineralien: \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_

SONSTIGES

z.B. „leicht übergewichtig, nur mittwochs und freitags, Interesse an Ernährungsberatung“

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

# ANAMNESEBOGEN

## Ernährungsberatung



**DIE FOLGENDEN FELDER SIND NUR VOM ERNÄHRUNGSBERATER AUSZUFÜLLEN!**

### KÖRPERZUSAMMENSETZUNG

Gewicht kg  Wunschgewicht  kg Differenz  kg  
Größe cm  Hüftumfang  cm Taillenumfang  cm  
BMI  Körperfettanteil  %

### ENERGIEVERBRAUCH

Grundumsatz:  kcal  
Leistungsumsatz:  kcal  
Gesamtumsatz (Energiebedarf):  kcal  
Energiezufuhr nach Ernährungstagebuch (Ø):  kcal  
Energiebilanz:  kcal

### NOTIZEN

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---