

# Checkliste Ernährungsberatung

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefon-Nummer:	privat: _____ dienstlich: _____ Handy: _____
Zweite Kontaktadresse / e-mail-Adresse	

## Anthropometrische Daten:

Größe (in m): \_\_\_\_\_

Gewicht (in kg): \_\_\_\_\_

(wird von uns eingetragen)

Bauchumfang (cm): \_\_\_\_\_

(wird von uns eingetragen)

## Überweisender Arzt:

---



---



---

## Wie sind Sie zu uns gekommen?

- vom Arzt geschickt; Name: .....
- Zeitungsannonce, welche Zeitung?: .....
- Internet       Bekannte/Verwandte
- von Krankenkasse zu uns geschickt, welche: .....
- sonstiges: .....

**Familienanamnese:**

	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern
Diabetes/Altersdiabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sind bei Ihnen bereits Risiken oder Erkrankungen festgestellt worden?**

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft.

	seit / wann
<input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte _____	_____
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck _____	_____
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen _____	_____
<input type="checkbox"/> Schlaganfall _____	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus _____ <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2	_____
<input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäurewerte / Gicht _____	_____
<input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme _____	_____
<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen- Darm, Leber- Galle, Bauchspeicheldrüse)	
Art: _____	_____

	seit / wann
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen _____	_____
<input type="checkbox"/> Osteoporose _____	_____
<input type="checkbox"/> Rheuma _____	_____
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen Art: _____	_____
<input type="checkbox"/> Übergewicht _____	_____
<input type="checkbox"/> Untergewicht _____	_____
<input type="checkbox"/> Allergien / Asthma / Heuschnupfen _____	_____
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien Art: _____	_____
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung _____	_____
<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen _____	_____
<input type="checkbox"/> Depressionen _____	_____
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	_____

## Welche Medikamente nehmen Sie?

keine Medikamente

Medikamentenname	Dosierung	Seit wann?	Indikation/wofür?
01.			
02.			
03.			
04.			
05.			
06.			
07.			
08.			
09.			
10.			

## Für Frauen – Gynäkologische Anamnese:

Wechseljahre → aktuelle Hormonpräparate? \_\_\_\_\_

Kontrazeptiva (Pille): \_\_\_\_\_

aktuelle Hormonpräparate

Schwangerschaft:     ja                       nein

Stillzeit:                       ja                       nein

## Genussmittelanamnese:

**Rauchen :**     ja, wie viele Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_

früherer Raucher bis \_\_\_\_\_

nein

**Alkohol:**     **regelmäßig**

Wie oft: \_\_\_\_\_

**gelegentlich**

Wie oft: \_\_\_\_\_

**nein**

**Essgewohnheiten:** **regelmäßig** **unregelmäßig**

\_\_\_\_\_ Mahlzeiten / Tag

\_\_\_\_\_ Zwischenmahlzeiten / Tag

 spezielle Kostformen / Diäten \_\_\_\_\_**Mahlzeiteneinnahmen:** **zu Hause** mit Familie / Partner als Single **unterwegs** am Arbeitsplatz im Auto Kantine Schnellimbiss Restaurant

\_\_\_\_\_ mal / Woche

\_\_\_\_\_ mal / Woche

\_\_\_\_\_ mal / Woche

\_\_\_\_\_ mal / Monat

\_\_\_\_\_ mal / Monat

\_\_\_\_\_ mal / Monat

**Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel wie z.B. Vitamin- oder Mineralstofftabletten?** ja nein

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

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ihre Daten werden von uns elektronisch gespeichert und selbstverständlich vertraulich behandelt.