



Anamnese Erstbesuch zur Ernährungsberatung Praxis für Heilung und Gesundheit Leva Striller

Liebe/r Klient/in, bitte nehmen Sie sich für diesen Bogen die Ruhe und Zeit, ihn gewissenhaft auszufüllen. Er soll uns wichtige Aufschlüsse über Ihre bisherigen Essgewohnheiten, aber auch gesundheitlichen Gesamtzustand liefern. Schließlich soll die Ernährungsberatung optimal auf Ihren individuellen Körper, Geist und Seele abgestimmt werden, sowie Ihre persönlichen Vorlieben und Abneigungen mitberücksichtigen.

Name _____ Geburtsdatum _____
Vorname _____ Telefon _____
Straße _____ Handy _____
PLZ/Ort _____ E-Mail _____

1. Allgemeines

Beruf: Gewicht/ Größe:
Familienstand: Kinder:
Hobbies und sportliche Aktivitäten:
.....

2. Ernährung

2.1 Essverhalten

Wieviel nehmen Sie täglich zu sich? (minus bedeutet wenig, plus viel: der Strich ist als eine ungefähre Skala zu verstehen, wo Sie sich mit einer Markierung einschätzen können)

o - _____ + Obst

- - _____ + Gemüse
- - _____ + Rohkost
- - _____ + Hülsenfrüchte (Linsen, Kichererbsen usw.)
- - _____ + Mehlprodukte (Brot, Nudeln etc.)
- - _____ + davon Weizen
- - _____ + davon Vollkornprodukte
- - _____ + Tierische Eiweiße (Milch, Käse, Fleisch, Fisch etc.)
- - _____ + Fleischersatzprodukte (Soja etc.)
- - _____ + Raffinierte Fette (auch Frittiertes)
- - _____ + Naturbelassene Öle (Natives Olivenöl etc.)
- - _____ + Zucker (raffinierter Zucker, Rohrzucker)

Wieviele Mahlzeiten essen Sie am Tag?

Um wieviel Uhr nehmen Sie Ihre letzte Mahlzeit ein?Uhr.

In welchen Supermärkten kaufen Sie hauptsächlich ein? (Rewe, Aldi, Alnatura etc.)

.....

Legen Sie Wert auf biologische, saisonale, regionale und gentechnikfreie Nahrungsmittel?

- Ja
- Nein

Welche Küchengeräte haben Sie zuhause? (Küchenmaschine, Entsafter, Getreidemühle, Mixer etc.)

.....

Lieblingsspeisen/ Lieblingsnahrungsmittel:

.....

.....

Abneigung gegen:

.....

.....

Welche Essensvorräte haben Sie bei sich zuhause?

.....
.....
Was sind gesunde Lebensmittel? (Nennen Sie Beispiele)
.....
.....

Was sind ungesunde Lebensmittel? (Nennen Sie Beispiele)
.....
.....

Heißhunger bekomme ich bei:
.....
.....

Wieviel Zucker konsumieren Sie und was? (z.B. Torte, Eis, Schokolade,
Gummibärchen)
.....
.....

Wünschen Sie ein individuelles Zuckerentwöhnungsprogramm?

- Ja
- Nein

Was essen Sie unterwegs?

- Auf der Arbeit:.....
.....
- Im Café/ Restaurant:

→ Wie oft gehen sie auswärts essen? mal pro Woche

2.2 Trinkverhalten

Trinkmenge pro Tag in Liter:

Welche Getränke nehmen Sie zu sich und welche Menge jeweils? (Stilles Wasser,
Tee, Softdrinks, Säfte usw.)
.....
.....

2.3 Genussmittel: Koffein/ Nikotin/ Alkohol (bitte mit Mengenangaben)

- Tassen Kaffee pro Tag/ Tassen Kaffee pro Woche
- Gläser Alkohol pro Tag/ Gläser Alkohol Woche
- Zigaretten pro Tag/ Zigaretten pro Woche

2.4 Lebensmittelunverträglichkeiten

Liegen Lebensmittelunverträglichkeiten vor, wenn ja welche?

.....
.....
.....

3. Ihr gesundheitlicher Zustand

3.1 Verdauung

- Durchfall
- Blähungen
- Verstopfung
- Reizdarm
- Sodbrennen
- Normale Verdauung ohne Beschwerden
- Verdauung verändert sich bei folgenden Lebensmitteln:
.....
.....
- Wie oft haben Sie Stuhlgang?

3.2 Gesundheitliche Beschwerden/ Allergien/ Schmerzen

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen oder ergänzen.

- Diabetes Mellitus
- Hoher Blutdruck
- Herzleiden/ Gefäßerkrankungen
- Rheuma
- Gicht
- Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion, Unterfunktion)
- Lungenerkrankungen
- Nierenerkrankungen

- Leber/ Galle/ Bauchspeicheldrüse
- Schlafstörungen
- Depressionen
- Migräne
- Hautkrankheiten
- Candida oder anderer Pilzbefall/ Parasiten
- Zahnbeschwerden (Karies, Wurzelkanalbehandlungen, Parodontitis usw.)
- Häufige Infektanfälligkeit
- Tumorerkrankungen
- Allergien oder Unverträglichkeiten (z.B. Glutenunverträglichkeit)
-
-
- Sonstige Erkrankungen
-
-
- Schmerzen:
-
-

3.3 Operationen

Nennen Sie kurz Ihre bisherigen Operationen und das jeweilige Jahr.

.....

.....

.....

.....

3.4 Medikamente – Nahrungsergänzungsmittel

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

-
-
-
-

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie aktuell ein?

-
-
-
-

3.5 Sport:

Welche Sportarten treiben Sie, wie oft und wie lange?

.....
.....
.....

3.6 Gewichtsverlauf und Besonderheiten (im Kindesalter, Teenager, Schwangerschaft, Scheidung, Unfälle, Trauer etc. auch Essstörungen)

.....
.....
.....
.....
.....

Wollen Sie abnehmen?

- Ja
- Nein

Was ist ihr Wunschgewicht? kg

Haben Sie in der Vergangenheit schon gefastet?

- Ja, Tage/Wochen
- Nein

Haben Sie in der Vergangenheit Diäten gemacht, wenn ja welche? (Slim Fast, Weight Watchers, Low Carb etc.)

.....
.....

3.7 Geistig-seelische Verfassung:

Wie hoch würden Sie folgende Bereiche bei sich einstufen:

- _____ + aktuelles Energielevel
- _____ + Stresslevel
- _____ + emotionales Befinden (Trauer, Glück)
- _____ + Eine Auszeit oder Urlaub würde mir gut tun
- _____ + Schlafverhalten/ mentale Fitness

Erläutern Sie bitte kurz Ihr Schlafverhalten (Erholungszustand am Morgen, Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten, Grübeln usw.)

.....
.....
.....

Unternehmen Sie etwas zur Stressbewältigung/ inneren Balance? (z.B. Meditation, Autogenes Training, Yoga, Progressive Muskelentspannung)

4. Ziele/ Wünsche

Welche Ziele haben Sie für Ihre Zukunft?

.....
.....
.....
.....
.....

Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie für die Ernährungsberatung?
(Gewichtsreduktion, Umstellung auf vegetarische oder vegane Ernährung, Essen im Alltag, schnelles Kochen, Nahrungsmittlempfehlungen usw.)

.....
.....
.....
.....
.....

Wünschen Sie eine Ernährungsumstellung auf

- Vegetarische Ernährung
- Vegane Ernährung?

5. Anmerkungen:

.....
.....
.....
.....
.....