



# Erhebungsbogen

## Persönliche Angaben

Name

Geburtsdatum



Adresse

Steuernummer

Beruf

Gewicht \_\_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_\_ cm

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Schichtdienst

Haushalt

☐ ich lebe allein ☐ ich lebe in einer Gemeinschaft

Raucherstatus

☐ Exraucher/in \_\_\_\_\_ Zigaretten/Zigarillo/Pfeifen am Tag

Ziele & Wünsche

☐ Gesundheit & Wohlbefinden ☐ Gewichtszunahme ☐ Reduzierung von Schmerzen  
☐ Ernährungsumstellung ☐ Gewichtsreduktion  
Sonstiges \_\_\_\_\_

Zahnstatus

☐ Amalgamfüllungen ☐ Wurzelbehandlung ☐ Zahnfleischprobleme

Wohlbefinden

☐ ich fühle mich wohl ☐ Stress ☐ Depressionen ☐ Ängste ☐ Schlafstörungen ☐ müde & erschöpft

Aktuelle Konstitution

☐ Schwanger ☐ Menopause ☐ Sport-> Art, Dauer, Häufigkeit, Intensität \_\_\_\_\_

Gesundheitliche Situation

☐ Arthrose ☐ Rückenprobleme ☐ Wundheilungsstörung  
☐ Gicht ☐ Haarausfall ☐ Krampfadern ☐ Kopfschmerzen  
☐ Rheuma ☐ Erhöhte Infektanfälligkeit ☐ Migräne  
☐ Osteoporose  
☐ Hautpilz ☐ Magenprobleme ☐ erhöhtes Cholesterin ☐ Schilddrüsenunterfunktion  
☐ Darm Pilz ☐ Blähungen ☐ Diabetes ☐ Schilddrüsenüberfunktion  
☐ Genitalpilz ☐ Durchfall ☐ Bluthochdruck  
☐ Nagelpilz ☐ Verstopfung  
☐ Schuppenflechte  
☐ Hautverfärbungen  
☐ Dehnungsstreifen

Allergien \_\_\_\_\_ Sonstiges \_\_\_\_\_

Medikamente & Nahrungsergänzung  
Impfungen

☐ Cholesterin ☐ Blutdruck ☐ Diuretika ☐ Schilddrüse ☐ Diabetes  
☐ Vitalstoffe ☐ Vitamine ☐ Nahrungsmittelergänzungen ☐ Mineralien

Sonstiges \_\_\_\_\_  
Letzte Impfung \_\_\_\_\_

Trinkverhalten

Ich trinke ca. \_\_\_\_\_ Liter tgl. ☐ Wasser/ungesüßten Tee ☐ Säfte ☐ Light Getränke ☐ Kaffee \_\_\_\_\_ Tassen am Tag ☐ Getränke mit Kohlensäure  
Wie oft trinken sie Alkohol? ☐ nie ☐ selten ☐ mehrmals pro Woche ☐ täglich  
Was trinken sie? ☐ Bier ☐ Wein ☐ Spirituosen

## Ernährung

Ernähren Sie sich nach einer speziellen Ernährungsform?

☐ Low Carb

☐ vegetarisch

☐ Paleo seit \_\_\_\_\_

☐ Low fat

☐ vegan

Sonstige \_\_\_\_\_

Wo nehmen Sie Ihre Mahlzeiten am öftesten ein?

☐ zu Hause

☐ Mensa

☐ unterwegs

☐ Restaurants

Konsumieren Sie Süßigkeiten und Knabbereien?

☐ mehrmals tgl.

☐ 1 x tgl.

☐ 2-3 x Woche

☐ 1 x Woche

Nahrungsmittelunverträglichkeit

☐ Laktose

☐ Fructose

☐ Histamin

Sonstige \_\_\_\_\_

Konsumieren sie regelmäßig

☐ Süßstoff

☐ Light-Produkte

☐ Fertigprodukte

Sonstige \_\_\_\_\_

Ich habe gegen folgende Lebensmittel eine Abneigung \_\_\_\_\_

Derzeitige Ernährungsweise

Bitte ergänzen sie Lebensmittel, die sie häufig essen und oben nicht angeführt sind.

Uhrzeit	Frühstück	Zwischenmahlzeit	Mittagessen	Zwischenmahlzeit	Abendessen	Vor dem Schlafen
Butter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magarine/Pflanzenfett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musli mit Zucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Früchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuhmilch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflanzenmilch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bohnenkaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getreidekaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Säfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartoffeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nudeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<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"/>
Tofu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rohkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salat mit Essig & Öl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salat mit Dressing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte	<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"/>
Rinder-/Hühnersuppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüsesuppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cremesuppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was ist ihr Hauptproblem?

Was erwarten sie von mir?