



Erhebungsbogen

Persönliche Angaben

Gewicht _____ kg Größe _____ cm

Beruf _____

Vollzeit Teilzeit Schichtdienst

Haushalt

ich lebe allein ich lebe in einer Gemeinschaft

Raucherstatus

Exraucher/in _____ Zigaretten/Zigarillo/Pfeifen am Tag

Name _____

Geburtsdatum _____



Adresse _____

Steuernummer _____

Ziele & Wünsche

- Gesundheit & Wohlbefinden Gewichtszunahme
 Ernährungsumstellung Gewichtsreduktion Reduzierung von Schmerzen
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 _____

- Arthrose Rückenprobleme Wundheilungsstörung
 Gicht Haarausfall Krampfadern Kopfschmerzen
 Rheuma Infektanfälligkeit Erhöhte Migräne
 Osteoporose

Gesundheitliche Situation

- Hautpilz Magenprobleme erhöhtes Cholesterin Schildrüsenunterfunktion
 Darm Pilz Blähungen Diabetes
 Genitalpilz Durchfall Bluthochdruck Schildrüsenüberfunktion
 Nagelpilz Verstopfung

Allergien _____ Sonstiges _____

Medikamente & Nahrungsergänzung Impfungen

- Cholesterin Blutdruck Diuretika Schildrüse 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? | <input type="checkbox"/> Low Carb | <input type="checkbox"/> vegetarisch | <input type="checkbox"/> Paleo | seit _____ |
| | <input type="checkbox"/> Low fat | <input type="checkbox"/> vegan | Sonstige _____ | |
| Wo nehmen Sie Ihre Mahlzeiten am öftesten ein? | <input type="checkbox"/> zu Hause | <input type="checkbox"/> Mensa | <input type="checkbox"/> unterwegs | <input type="checkbox"/> Restaurants |
| Konsumieren Sie Süßigkeiten und Knabberereien? | <input type="checkbox"/> mehrmals tgl. | <input type="checkbox"/> 1 x tgl. | <input type="checkbox"/> 2-3 x Woche | <input type="checkbox"/> 1 x Woche |
| Nahrungsmittelunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Laktose | <input type="checkbox"/> Fructose | <input type="checkbox"/> Histamin | Sonstige _____ |
| Konsumieren sie regelmäßig | <input type="checkbox"/> Süßstoff | <input type="checkbox"/> Light-Produkte | <input type="checkbox"/> Fertigprodukte | Sonstige _____ |

Ich habe gegen folgende Lebensmittel eine Abneigung

| Derzeitige Ernährungsweise | Uhrzeit | Frühstück | Zwischenmahlzeit | Mittagessen | Zwischenmahlzeit | Abendessen | Vor dem Schlafen | Bitte ergänzen sie Lebensmittel, die sie häufig essen und oben nicht angeführt sind. |
|----------------------------|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | | <input type="checkbox"/> | |
| Butter | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Magarine/Pflanzenfett | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Brot | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Musli mit | Zucker | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| | Früchte | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| | Joghurt | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Kuhmilch | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Pflanzenmilch | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Bohnenkaffee | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Getreidekaffee | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Tee | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Säfte | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Kartoffeln | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Reis | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Nudeln | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Pizza | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Gemüse | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Käse | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Eier | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Fleisch | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Fisch | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Tofu | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Rohkost | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Salat mit Essig & Öl | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Salat mit Dressing | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Wurst | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Milchprodukte | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Obst | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Rinder-/Hühnersuppe | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Gemüsesuppe | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Cremesuppe | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |
| Chips | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | |

Was ist ihr Hauptproblem?

Was erwarten sie von mir?
