



# 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 ☐ Infektanfälligkeit ☐ Erhöhte ☐ Migräne  
☐ Osteoporose  
☐ Hautpilz ☐ Magenprobleme ☐ erhöhtes Cholesterin ☐ Schilddrüsenunterfunktion  
☐ Darm Pilz ☐ Blähungen ☐ Diabetes ☐ Schilddrüsenüberfunktion  
☐ Genitalpilz ☐ Durchfall ☐ Bluthochdruck  
☐ Nagelpilz ☐ Verstopfung  
☐ Schuppenflechte  
☐ Hautverfärbungen  
☐ Dehnungsstreifen

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

Medikamente & Nahrungsergänzung

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

Sonstiges \_\_\_\_\_

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"/> |
| Crèmesuppe            | <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?