Ernährungsanalyse für die Frau

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	
Ausgefüllt am	

Liebe Patientin,

Gratulation, dass Sie sich dafür entschieden haben, aktiv etwas für Ihre Gesundheit zu tun.

Die **Ernährungsanalyse für die Frau** ermittelt Ihre **individuelle Ernährungssituation** unter Berücksichtigung Ihrer Gesundheitsrisiken (familiäre Belastungen), Krankheiten, Beschwerden, Medikamenteneinnahme etc.. Sie erfahren, in wieweit Ihre individuelle Ernährungssituation von den Erkenntnissen der aktuellen Ernährungsmedizin abweicht bzw. wie Sie Ihre Ernährung optimieren können.
Sie erhalten dafür von uns **detaillierte Ernährungsempfehlungen inklusive Makro- und Mikronährstoffempfehlungen (Vitalstoffe) sowie einen individuellen Ernährungsplan**, der leicht in den Tagesablauf zu integrieren ist.

Hinweise zur Bearbeitung

Nutzen Sie zum Ausfüllen dieses Fragebogens bitte ausschließlich den Adobe Reader.
Sie können das Programm kostenlos herunterladen. Download und Installation dauern nur wenige Minuten.

Speichern Sie bitte zunächst diesen Anamnesebogen über „Speichern unter“ auf Ihrem Rechner (z. B. auf dem Desktop).

Bitte beantworten Sie dann die nachfolgenden Fragen sorgfältig und in Ruhe.

Bitte geben Sie an, wer in Ihrer Familie nachfolgende Erkrankungen hat bzw. hatte:

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
Atmungssystem								
Asthma bronchiale	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Heuschnupfen durch Pollen (allergische Rhinopathie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Heuschnupfen, unklarer Ursache (allergische Rhinopathie, nicht näher bezeichnet)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Augen und Augenanhangsgebilde								
Grauer Star (Cataracta senilis)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Grüner Star (Glaukom)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Makuladegeneration des hinteren Poles (AMD)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Blutbildende Organe – Immunsystem								
Infektanfälligkeit (Immundefekt), nicht näher bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten								
Adipositas - BMI (Körpermassenindex) ≥ 30	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diabetes mellitus, Typ II (nicht primär insulinabhängig)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Erhöhte Triglyzeride (reine Hypertriglyzeridämie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Erhöhung des LDL-Cholesterins (reine Hypercholesterinämie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gicht, nicht näher bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Harnsäurestoffwechselstörung (Hyperurikämie) ohne Zeichen von entzündlicher Gelenkentzündung (Arthritis) oder tophischer Gicht	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen								
Allergie, nicht näher bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Haut und Unterhaut								
Neurodermitis (atopisches [endogenes] Ekzem)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kreislaufsystem								
Angina pectoris (Brustschmerz wg. Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Arterienverkalkung (Arteriosklerose, Atherosklerose)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Arterienverkalkung der Hirngefäße (zerebrale Atherosklerose)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bluthochdruck (essentielle [primäre] Hypertonie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Erkrankungen der Herzkranzgefäße (chronische ischämische Herzkrankheit)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Herzinfarkt (akuter Myokardinfarkt)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schlaganfall (Apoplex), nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vorhofflimmern	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe								
Chronische Polyarthritis (PCP; rheumatoide Arthritis)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Knochenerweichung (Osteomalazie) im Erwachsenenalter	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Knochenwachstumsstörung (floride Rachitis)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Osteoporose (Knochenschwund) ohne pathologische Fraktur (Knochenbruch)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
Nervensystem – Psyche								
Alzheimer-Krankheit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks (außer Spina bifida)	☐			☐	☐		☐	
Demenz (Störung der Hirnleistung), nicht näher bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Depressive Episode	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hirninfarkt (ischämischer – durch Blutleere bedingter Hirninfarkt)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Migräne	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motoneuron-Krankheit (amyotrophische Lateralsklerose; Lou-Gehrig-Syndrom)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Multiple Sklerose (MS)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Parkinson-Syndrom (primäres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Spina bifida (angeborene Fehlbildung, z. B. „offener Rücken“)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Neubildungen / Krebserkrankungen								
Brustkrebs (Mammakarzinom)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dickdarmkrebs (Kolonkarzinom)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hautkrebs (sonstige bösartige Neubildung der Haut)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lungenkrebs (Bronchialkarzinom)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Magenkrebs (Magenkarzinom)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mastdarmkrebs (Rektumkarzinom)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Melanom (schwarzer Hautkrebs)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Plasmozytom (Multiples Myelom; Morbus Kahler)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
Urogenitalsystem (Nieren, Harnwege – Geschlechtsorgane)								
Nieren- und Ureterstein (Harnleiterstein)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stein in den unteren Harnwegen (Harnblase)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verdauungssystem								
Gutartige Neubildung des Dickdarms (Kolon), des Mastdarms (Rektum), des Analkanals und des Anus	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Morbus Crohn (Enteritis regionalis)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte beschreiben Sie Ihre berufliche Tätigkeit:

- ☐ **Sitzend**
  - z. B. Bürotätigkeit
- ☐ **Sitzend, zeitweilig gehend/stehend**
  - z. B. leichte Hausarbeiten
- ☐ **Überwiegend gehend/stehend**
  - z. B. Verkäuferin
- ☐ **Körperlich anstrengend**
  - z. B. Altenpflegerin
- ☐ **Körperlich sehr anstrengend**
  - z. B. Forstwirtin
- ☐ Rentnerin
- ☐ Schicht-/Wechseldienst
- ☐ Nachtdienst
- ☐ Zur Zeit arbeitslos

Teilen Sie die 24 Stunden eines Werktages auf:

Berufliche Aktivität (Arbeitszeit)	00:00	hh:mm
Schlafdauer	00:00	hh:mm
Passive Freizeit (z. B. Fernsehen, Internet, Ausruhen, Lesen)	00:00	hh:mm
Aktive Freizeit (z. B. Spazieren gehen, Einkaufen, mit Kindern spielen, Hausarbeit)	00:00	hh:mm
Summe (die Zeitangaben müssen zusammen 24 Stunden ergeben!)	00:00	hh:mm

Bitte geben Sie Ihre sportliche Aktivität der letzten 6 Wochen an:

Keine sportlichen Aktivitäten ☐

Freizeit-, Breiten- und Gesundheitssportler ☐

Leistungssportler* ☐

*Ein Leistungssportler trainiert mindestens 3-mal pro Woche, jeweils 90 Minuten und hat einen zusätzlichen wöchentlichen Kalorienverbrauch von wenigstens 2000 kcal.

Notieren Sie im Folgenden die Sportart sowie die Trainingshäufigkeit und -dauer pro Woche.

Sportart	Hauptsportart	Wochentag/e	Uhrzeit – von - bis
Nordic Walking (Beispiel)	x	Montag, Donnerstag	17:00-17:45, 18:30-19:00
Schwimmen (Beispiel)		Mi, Sa, So	09:00-09:30

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem Kinderwunsch und Ihren Schwangerschaften:

Nicht schwanger – ohne Kinderwunsch ☐
Nicht schwanger – mit Kinderwunsch < 1 Jahr ☐
Nicht schwanger – mit Kinderwunsch seit mindestens 1 Jahr ☐

Derzeit bestehende Schwangerschaft ☐
Körpergewicht vor der Schwangerschaft (kg) ☐

Frühere Schwangerschaften	**1. Schwangerschaft**	**2. Schwangerschaft**	**3. Schwangerschaft**	**4. Schwangerschaft**
Geburtsjahr				
Geburt zum Termin	☐	☐	☐	☐
Geburt 2 Wochen nach Termin	☐	☐	☐	☐
Frühgeburt – bis 37. Schwangerschaftswoche	☐	☐	☐	☐
Geburtsgewicht				
Nicht gestillt	☐	☐	☐	☐
Gestillt – weniger als 6 Wochen	☐	☐	☐	☐
Gestillt – 6 Wochen und mehr	☐	☐	☐	☐
Fehlgeburt bis 16. Schwangerschaftswoche (Frühabort)	☐	☐	☐	☐
Fehlgeburt von 17. bis 28. Schwangerschaftswoche (Spätabort)	☐	☐	☐	☐
Totgeburt – ab 29. Schwangerschaftswoche	☐	☐	☐	☐
Schwangerschaftsabbruch	☐	☐	☐	☐
	Löschen	Löschen	Löschen	Löschen

Bitte geben Sie nachfolgend an, welche Krankheiten Sie haben:

	seit Jahr (JJJJ)
☐ Chronische Schmerzen	
☐ Diabetes mellitus, Typ 2	
☐ Hashimoto-Thyreoiditis	
☐ Hereditäre Fructoseintoleranz (angeborene Form)	
☐ Herzinsuffizienz (Herzschwäche)	
☐ Hypercholesterinämie (Cholesterin ↑)	
☐ Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)	
☐ Hypertonie (Bluthochdruck)	
☐ Hypertriglyzeridämie (Triglyceride ↑)	
☐ Hyperurikämie (Gicht)	
☐ Kolonkarzinom (Dickdarmkrebs)	
☐ Lactoseintoleranz	
☐ Morbus Basedow	
☐ Rheuma	
☐ Subkl. (latente) Hyperthyreose ("milde" Schilddrüsenüberfunktion)	
☐ Entzündliche Polyarthropathien (Gelenkerkrankungen)	

Welche - Bitte wählen ...

Weitere Krankheiten

Bitte geben Sie Ihre Operationen an. Die unteren Felder dienen der freien Texteingabe.

	Jahr (JJJJ)	Monat (MM)	Grund der Operation
Entfernung der Gebärmutter			
Entfernung des Eierstocks, links			
Entfernung des Eierstocks, rechts			
Entfernung beider Eierstöcke			

Dauermedikation

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein? Wenn ja, welche und wie oft?

Medikament 1	Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
	Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname		
	Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
	Dosierung/Anzahl	k.A.	
	Darreichungsform	Keine Angabe	
Medikament 2	Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
	Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname		
	Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
	Dosierung/Anzahl	k.A.	
	Darreichungsform	Keine Angabe	
Medikament 3	Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
	Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname		
	Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
	Dosierung/Anzahl	k.A.	
	Darreichungsform	Keine Angabe	
Medikament 4	Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
	Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname		
	Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
	Dosierung/Anzahl	k.A.	
	Darreichungsform	Keine Angabe	
Medikament 5	Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
	Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname		
	Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
	Dosierung/Anzahl	k.A.	
	Darreichungsform	Keine Angabe	

Dauermedikation

Medikament 6

Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
Handelsname		
Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
Dosierung/Anzahl	k.A.	
Darreichungsform	Keine Angabe	

Medikament 7

Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
Handelsname		
Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
Dosierung/Anzahl	k.A.	
Darreichungsform	Keine Angabe	

Medikament 8

Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
Handelsname		
Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
Dosierung/Anzahl	k.A.	
Darreichungsform	Keine Angabe	

Medikament 9

Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
Handelsname		
Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
Dosierung/Anzahl	k.A.	
Darreichungsform	Keine Angabe	

Medikament 10

Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
Handelsname		
Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
Dosierung/Anzahl	k.A.	
Darreichungsform	Keine Angabe	

Bitte geben Sie Ihre Körpermaße an:

Körpergröße (cm)

Körpergewicht (kg)

Taillenumfang (cm)

Hüftumfang (cm)

Wie misst man den Umfang der Taille beziehungsweise Hüfte korrekt?

Messen Sie bitte den **Taillenumfang** mit einem Maßband in der Mitte zwischen dem unteren Rippenbogen und der Hüfte (oberhalb des Bauchnabels).

Messen Sie bitte den **Hüftumfang** am Ende des Oberschenkelknochens am breitesten Punkt der Hüfte. Achten Sie bitte stets darauf, dass das Maßband waagerecht gehalten wird.

Bitte geben Sie an, welche Beschwerden bzw. Symptome Sie haben:

Bezeichnung	**Nie**	**Selten***	**Manchmal***	**Häufig***	**Ständig***	Kreuzen Sie an, wenn diese Beschwerde **zyklusabhängig** ist
Ich bin leicht reizbar und zornig oder schlecht gelaunt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter anhaltender nervlicher und körperlicher Anspannung.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe weniger Freude an Dingen, die mir normalerweise Spaß machen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter Niedergeschlagenheit, Depression, Hoffnungslosigkeit oder Traurigkeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, den Höhepunkt des Lebens überschritten zu haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter Einschlafstörungen – Einschlafphase länger als 30 Minuten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter Durchschlafstörungen – Durchschlafphase kürzer als 4 Stunden und 30 Minuten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter einem erhöhten Schlafbedürfnis; ich bin tagsüber oft müde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter einem Spannungsgefühl der Brust.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Brustwarzen sind sehr empfindlich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter einem geblähten Leib.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter Blähungen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter Völlegefühl.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Spannungen im Unterbauch.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, Wasser einzulagern.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich nehme vor der Menstruation an Gewicht zu.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter Migräneanfällen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter Kopfschmerzen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter unreiner Haut.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe Rückenschmerzen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

***Legende**
Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5-10 % der Zeit; Manchmal = 1- bis 2-mal pro Woche, 15-25 % der Zeit;
Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35-65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70-100 % der Zeit

Bitte geben Sie an, welche Beschwerden bzw. Symptome Sie haben:

Bezeichnung	Nie	Selten*	Manchmal*	Häufig*	Ständig*
Abnorme Gewichtsabnahme	☐	☐	☐	☐	☐
Abnorme Reflexe	☐	☐	☐	☐	☐
Atemnot (Dyspnoe)	☐	☐	☐	☐	☐
Ausbleiben der erwarteten normalen physiologischen Entwicklung	☐	☐	☐	☐	☐
Auszehrung; starke Abmagerung (Kachexie)	☐	☐	☐	☐	☐
Bauchschmerzen, sonstige und nicht näher bezeichnete	☐	☐	☐	☐	☐
Bauchwassersucht (Aszites)	☐	☐	☐	☐	☐
Blähungen (Flatulenz und verwandte Zustände)	☐	☐	☐	☐	☐
Blässe	☐	☐	☐	☐	☐
Blutung der Haut, kleinflächige, fleckenförmig (spontane Ekchymosen)	☐	☐	☐	☐	☐
Blutung, andernorts nicht klassifiziert	☐	☐	☐	☐	☐
Demoralisierung und Teilnahmslosigkeit (Apathie)	☐	☐	☐	☐	☐
Durchfall (Diarrhoe) und Magendarmentzündung (Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs)	☐	☐	☐	☐	☐
Fehlen des Geruchssinns (Anosmie)	☐	☐	☐	☐	☐
Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	☐	☐	☐	☐	☐
Funktionelle Durchfallerkrankung (funktionelle Diarrhoe)	☐	☐	☐	☐	☐
Gedächtnisstörung für zeitliche und inhaltliche Erinnerungen (Amnesie)	☐	☐	☐	☐	☐
Gelbsucht (Ikterus), nicht näher bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐
Halluzinationen, nicht näher bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐
Herzaktionen wie Herzklopfen, Herzrasen etc., die Sie selbst wahrnehmen (Palpitationen)	☐	☐	☐	☐	☐
Koordinationsstörungen, sonstige und nicht näher bezeichnete	☐	☐	☐	☐	☐

***Legende**
Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5-10 % der Zeit; Manchmal = 1- bis 2-mal pro Woche, 15-25 % der Zeit;
Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35-65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70-100 % der Zeit

Weitere Beschwerden

Bezeichnung	Nie	Selten*	Manchmal*	Häufig*	Ständig*
Kopfschmerz	☐	☐	☐	☐	☐
Krämpfe und Spasmen der Muskulatur	☐	☐	☐	☐	☐
Krankhaft erhöhte Urinausscheidung (Polyurie)	☐	☐	☐	☐	☐
Krankhaftes Schwitzen (Hyperhidrose)	☐	☐	☐	☐	☐
Kreuzschmerz	☐	☐	☐	☐	☐
Kribbeln, Taub- und Pelzigsein der Haut, Taubheit etc. (Parästhesie der Haut)	☐	☐	☐	☐	☐
Magersucht (Anorexie)	☐	☐	☐	☐	☐
Ödem, anderenorts nicht klassifiziert	☐	☐	☐	☐	☐
Orientierungsstörung, nicht näher bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐
Reizbarkeit und Wut	☐	☐	☐	☐	☐
Schluckstörung (Dysphagie), sonstige und nicht näher bezeichnete	☐	☐	☐	☐	☐
Schwindel und Taumel	☐	☐	☐	☐	☐
Seemannsgang, eine Form der Gehstörung (ataktischer Gang)	☐	☐	☐	☐	☐
Sodbrennen	☐	☐	☐	☐	☐
Störung der Bewegungskoordination; Unfähigkeit gerade zu sitzen bzw. zu stehen (Ataxie)	☐	☐	☐	☐	☐
Störungen des Geruchs- und Geschmackssinnes, sonstige und nicht näher bezeichnete	☐	☐	☐	☐	☐
Tachykardie (mehr als 100 Herzschläge/Minute), nicht näher bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐
Trockene Haut (Xerosis cutis)	☐	☐	☐	☐	☐
Übelkeit und Erbrechen	☐	☐	☐	☐	☐
Übererregbarkeit von Nerven und Muskeln; anfallsartige Verkrampfungen der Muskulatur (Tetanie)	☐	☐	☐	☐	☐
Unwohlsein und Ermüdung	☐	☐	☐	☐	☐
Veränderung des Hautreliefs	☐	☐	☐	☐	☐
Zittern (Tremor), nicht näher bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐

***Legende**
Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5-10 % der Zeit; Manchmal = 1- bis 2-mal pro Woche, 15-25 % der Zeit;
Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35-65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70-100 % der Zeit

Geben Sie bitte nachfolgend Ihre übliche Ernährungsweise an:

Mischköstler ✔
Verzehr von pflanzlichen sowie tierischen Nahrungsmitteln

Ovo-Vegetarier ☐
Verzehr von pflanzlichen Nahrungsmitteln sowie Eiern

Lacto-Vegetarier ☐
Verzehr von pflanzlichen Nahrungsmitteln sowie Milch und Milchprodukten

Ovo-Lacto-Vegetarier ☐
Verzehr von pflanzlichen Nahrungsmitteln, Eiern sowie Milch und Milchprodukten

Veganer ☐
Verzehr von ausschließlich pflanzlichen Nahrungsmitteln

Häufigkeit der Mahlzeiten

1. Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie am Tag zu sich?
Frühstück, Mittagessen, Abendessen, Zwischenmahlzeiten – bitte bedenken Sie: Bereits ein Stück Obst oder ein Joghurt gelten als Zwischenmahlzeit.

Bitte wählen ...

Außer Haus essen

2. Wenn Sie außer Haus essen, geben Sie bitte nachfolgend jeweils die Häufigkeit an (pro Woche).

Kantine	Bitte wählen ...
Restaurant	Bitte wählen ...
Fast-Food	Bitte wählen ...

Getränke (Mineralwasser, Tee, Fruchtsäfte)

3. Wie viel Trink- und Mineralwasser und/oder ungezuckerte Getränke wie Früchte- oder Kräutertees trinken Sie am Tag?

Bitte wählen ...

4. Wie viel gezuckerte Getränke trinken Sie am Tag?
Beispiele: Cola-Getränke, Limonaden, Eistee, Schokoladengetränke, Energy Drinks

Bitte wählen ...

5. Wie viele Light-Getränke (zuckerfrei), z. B. Cola-Light, trinken Sie am Tag?

Bitte wählen ...

6. Wie viele Frucht- und/oder Gemüsesäfte (100 % Frucht bzw. Gemüse; Direktsaft) trinken Sie am Tag?

Bitte wählen ...

7. Wie viel Zucker/Honig geben Sie täglich insgesamt zu Ihren Heißgetränken dazu?

Bitte wählen ...

Brot und Getreide

8. Wie oft essen Sie Stärke- bzw. Getreideprodukte am Tag?
Beispiele: Brot, Reis, Nudeln, Kartoffeln

Bitte wählen ...

9. Wie ist, bezogen auf Ihren gesamten Verzehr an Getreideprodukten, das Verhältnis von Weißmehl- zu Vollkornprodukten?

Beispiele Weißmehlprodukte:
weißes Brot, Brötchen, Knäckebrot,
Fladenbrot, Kuchen, Gebäck,
Nudeln, Spätzle

Beispiele Vollkornprodukte:
Vollkornbrot, Vollkornreis,
Vollkornnudeln, Getreideflocken
wie Hafer und Gerste

Anteil Weißmehl ...

Wird berechnet

Salate, Gemüse und Obst

10. Wie viele Portionen frisches bzw. tiefgekühltes Obst essen Sie am Tag?
Beispiele: 1 Portion (1 Hand voll) entspricht 1 mittleren Apfel oder 1 Banane.

Bitte wählen ...

11. Wie ist, bezogen auf Ihren gesamten Obstverzehr, das Verhältnis von Konservenobst zu frischem bzw. tiefgekühltem Obst?

Anteil Konservenobst ...

Wird berechnet

12. Wie viele Portionen frisches bzw. tiefgekühltes Gemüse essen Sie am Tag?
Beispiele: 1 Portion (1 Hand voll) entspricht 1 Gemüsebeilage oder 2 Karotten oder 1 gemischten Salat als Vorspeise.

Bitte wählen ...

13. Wie ist, bezogen auf Ihren gesamten Gemüseverzehr, das Verhältnis von Dosengemüse zu frischem bzw. tiefgekühltem Gemüse?

Anteil Dosengemüse ...

Wird berechnet

14. Wie häufig essen Sie Gemüse wie Endiviensalat, Feldsalat, Kohlrabi, Kopfsalat, Kresse, Mangold, Portulak, Radieschen, Rettich, Rote Beete oder Sellerie pro Woche, die höhere Nitratgehalte aufweisen können?
Beispiele: 1 Portion (1 Hand voll) entspricht 1 Gemüsebeilage oder 1 gemischten Salat als Vorspeise.

Bitte wählen ...

15. Wie oft essen Sie Hülsenfrüchte (keine Konserven)?

Bitte wählen ...

16. Essen Sie mehrmals wöchentlich Sojabohnen bzw. Sojaprodukte?
Beispiele: Tofu, Tempeh, Sojamilch, Sojajoghurt

Bitte wählen ...

Milch, Joghurt, Käse

17. Geben Sie im Folgenden an, wie viele Portionen Milch und Milchprodukte Sie am Tag essen bzw. trinken und welchen Fettgehalt diese überwiegend haben?
Beispiele: 1 Portion entspricht 1 Glas Milch oder 1 Becher Joghurt oder 1 Becher Quark oder 1 Scheibe Käse.

Trinkmilch bis 1,5 % Fett	Bitte wählen ...
Trinkmilch > 1,5 % Fett	Bitte wählen ...
Joghurt bis 1,5 % Fett	Bitte wählen ...
Joghurt > 1,5 % Fett	Bitte wählen ...
Speisequark Mager bis 10 % Fett	Bitte wählen ...
Speisequark > 10 % Fett	Bitte wählen ...
Käse bis 45 % F. i. Tr.	Bitte wählen ...
Käse > 45 % F. i. Tr.	Bitte wählen ...
Weitere Milchprodukte	Bitte wählen ...

18. Essen Sie Weichkäse aus Rohmilch?
Beispiele: Camembert, Brie, Limburger, Romadur und Münsterkäse

Bitte wählen ...

Probiotische Lebensmittel

19. Wie oft essen Sie probiotische Lebensmittel?
Beispiele: Sauermilchprodukte wie Dickmilch, Joghurt, Kefir, Tätte, Gärungsgemüse wie saure Gurken, Sauerkraut, Tafeloliven, andere Gemüsearten, die einer Gärung unterworfen wurden (grüne Bohnen, Kohlrabi, Kohlrübe, Möhren, Rote Beete, Sellerie, Spargel)

Bitte wählen ...

Eier

20. Wie viele Eier essen Sie in der Woche?
Bitte bedenken Sie, dass in Nudeln, Kuchen und Desserts auch Eier enthalten sein können, die folglich mit anzurechnen sind.

Bitte wählen ...

Fleisch, Geflügel und Wurstwaren

21. Wie viele Portionen "rotes" Fleisch (Schwein, Rind, Kalb, Lamm, Pferd, Schaf, Ziege) – ohne Wurstwaren – essen Sie in der Woche?
Beispiele: 1 Portion (100-120 g) entspricht 1 Schnitzel oder 3-4 Esslöffeln Geschnetzeltem.

Bitte wählen ...

22. Wie viele Portionen "weißes" Fleisch (Geflügel: Hähnchen, Pute, Ente etc.) – ohne Wurstwaren – essen Sie in der Woche?
Beispiele: 1 Portion (100-120 g) entspricht 1 Putenschenkel.

Bitte wählen ...

23. Wie ist, bezogen auf Ihren gesamten Fleischverzehr, das Verhältnis von Schweinefleisch zu Nicht-Schweinefleisch?

Anteil Schweinefleisch ...

Wird berechnet

24. Wie oft essen Sie Wurstwaren in der Woche?
Beispiele: 1 Portion entspricht 1 Bratwurst oder 2-4 Scheiben Aufschnitt.

Bitte wählen ...

25. Wie ist, bezogen auf Ihren gesamten Wurstverzehr, das Verhältnis von Schweinewurst bzw. anderer Wurst zu Geflügelwurst?

Anteil Schweinewurst...

Wird berechnet

26. Essen Sie Mett und Rohwurst?
Beispiele: Mettwurst, Salami, Teewurst und roher Schinken

Bitte wählen ...

27. Wie oft essen Sie Innereien?
Beispiele: 1 Portion (120 g) entspricht 1 Stück Leber oder Niere oder Hirn oder 3-4 Esslöffeln Geschnetzeltem.

Bitte wählen ...

Fisch

28. Wie viele Portionen fettreichen Meeresfisch ("Kaltwasserfisch") essen Sie in der Woche?
Beispiele: Aal, Atlantischer Lachs, Hering, Makrele, Sardelle, Sardine und schwarzer Heilbutt. 1 Portion entspricht 70 g.

Bitte wählen ...

29. Wie viele Portionen fettärmeren Fisch essen Sie in der Woche?
Beispiele: Alaska Seelachs, Dorade, Forelle, Kabeljau, Karpfen, Pangasius, Rotbarsch, Scholle, Schwertfisch, Seezunge, Steinbutt, Zander und Muscheln.1 Portion entspricht 80-150 g.

Bitte wählen ...

30. Essen Sie Räucherfisch?

Bitte wählen ...

31. Wie oft essen Sie Krusten- oder Schalentiere?
Beispiele: Hummer, Krabben, Scampi

Bitte wählen ...

32. Wie oft essen Sie Thunfisch?

Bitte wählen ...

Zubereitungsformen

33. Wie häufig verzehren Sie in der Woche Nahrungsmittel, die wie folgt zubereitet sind?

Frittiert	Bitte wählen ...
Paniert	Bitte wählen ...
Holzkohlegegrillt	Bitte wählen ...
Geräuchert	Bitte wählen ...
Gepökelt	Bitte wählen ...
Scharf Gebratenes	Bitte wählen ...

Brotaufstriche

34. Wie häufig essen Sie süße Brotaufstriche?

Marmelade, Konfitüre, Gelee	Bitte wählen ...
Honig	Bitte wählen ...
Nuss-Nougat-Creme	Bitte wählen ...

Fette und Öle

35. Wie viel Butter/Margarine verwenden Sie täglich?

Butter	Bitte wählen ...
Margarine	Bitte wählen ...

36. Welches Öl verwenden Sie regelmäßig in der kalten Küche, z. B. für die Zubereitung von Salatsauce und in der warmen Küche, z. B. zum Braten?

Öl	Kalte Küche	Warme Küche
Olivenöl	☐	☐
Rapsöl	☐	☐
Distelöl	☐	☐
Leinöl	☐	☐
Maiskeimöl	☐	☐
Sonnenblumenöl	☐	☐
Nuss, z. B. Erdnussöl	☐	☐
Magarine		☐
Kokosfett		☐

37. Wie häufig essen Sie ungesalzene Nüsse oder Samen?
Beispiele: Mandeln, Erdnüsse, Haselnüsse; Kürbiskerne, Leinsamen etc.

Bitte wählen ...

Süßwaren

38. Wie häufig essen Sie Süßwaren oder Desserts?
Beispiele: 1 Portion entspricht 2 Riegeln Schokolade oder 1 Hand voll Weingummis oder 1 Stück Kuchen oder 1 Pudding.

Bitte wählen ...

Salz und Salzgebäck

39. Wie oft essen Sie salzige Knabbereien?
Beispiele: 1 Portion entspricht 2 Hand voll Chips oder Salzstangen oder 1Hand voll gesalzene Nüsse.

Bitte wählen ...

40. Welches Salz verwenden Sie in der Küche?

Bitte wählen ...

Bitte geben Sie Ihren Genussmittelkonsum an:

Kein Alkoholkonsum	☐
	Anzahl in der letzten Woche
Bier (0,3 l)	
Weißwein (0,2 l)	
Rotwein (0,2 l)	
Spirituosen (Schnaps etc.)	
Sekt / Cocktail (0,2 l)	

Nichtraucher		☐
Nichtraucher seit x Jahren		-
Passivraucher		☐
Zigaretten	Anzahl pro Tag	keine
Zigarren		☐
Zigarillo		☐
Pfeife		☐

Kein Koffeinkonsum	☐
	Anzahl pro Tag
Kaffee (125 ml)	
Espresso (50 ml)	
Cappuccino (125 ml)	
Latte macchiato (225 ml)	
Grüner Tee (125 ml)	
Schwarzer Tee (125 ml)	
Cola Getränke (300 ml)	
Energy Drinks (250 ml)	

Sie können nun über den Button „Überprüfung auf Vollständigkeit“ prüfen lassen, ob Sie alle für den Check erforderlichen Pflichtangaben getätigt haben.

Überprüfung auf Vollständigkeit

Herzlichen Dank, dass Sie den Anamnesebogen ausgefüllt haben.

Bitte beachten Sie: Da Ihre Daten in diesem Dokument unverschlüsselt vorliegen, sollten Sie nur sichere Übermittlungsarten nutzen.

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung
Mit der Zusendung des Anamnesebogens stimme ich der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern darf. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Alle eingegebenen Daten löschen!