



Anamnesebogen

Persönliche Angaben :			
Name:	<input type="text"/>	Geschlecht:	<input type="text"/>
Straße, Nr. PLZ, Ort	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>	Größe:	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Gewicht:	<input type="text"/>

Warum kommen Sie zur Ernährungsberatung?			
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>
Ernährungsumstellung	<input type="checkbox"/>	Ärztliche Empfehlung	<input type="checkbox"/>
Lebensqualität und Wohlbefinden verbessern	<input type="checkbox"/>		

Berufliche Situation:			
Ich bin berufstätig.	<input type="checkbox"/>	Beruf:	<input type="text"/>
Arbeitsstunden pro Woche:	<input type="text"/>	Arbeitszeiten:	<input type="text"/>
Schichtarbeit	<input type="checkbox"/>	Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>
Ich bin in Rentner*in	<input type="checkbox"/>		
Ich studiere das Fach...	<input type="text"/>	Ich bin arbeitslos.	<input type="checkbox"/>
Ich mache eine Ausbildung als...	<input type="text"/>	Ich bin arbeitsunfähig.	<input type="checkbox"/>

Soziale Situation: Ich bin ...			
Verheiratet	<input type="checkbox"/>	Ledig	<input type="checkbox"/>
In einer Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	Geschieden	<input type="checkbox"/>
Verwitwet	<input type="checkbox"/>		
Haushalt:			
Ein/e Partner*in lebt mit mir.	<input type="checkbox"/>	Ich lebe mit meinen Eltern.	<input type="checkbox"/>
Ich lebe alleine.	<input type="checkbox"/>		



Gesundheitszustand:			
Erkrankung	Bitte ankreuzen.	Erkrankung	Bitte ankreuzen.
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Gicht/Hyperurikämie	<input type="checkbox"/>
Diabetes Typ 1	<input type="checkbox"/>	Diabetes Typ 2	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Schlafprobleme	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Herzkrankung	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Gefäßkrankung	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Morbus Crohn	<input type="checkbox"/>	Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	Akne	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	Arthrose	<input type="checkbox"/>
Bauchspeicheldrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Leberkrankung	<input type="checkbox"/>
Autoimmunerkrankung	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	Gallensteine	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	Bitte ankreuzen:	Allergien:	Bitte notieren:
Laktoseintoleranz	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
Fruktoseintoleranz	<input type="checkbox"/>		
Glutenunverträglichkeit (Zöliakie)	<input type="checkbox"/>		
Histaminintoleranz	<input type="checkbox"/>		
Sonstige Erkrankungen: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Operationen: <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>			
Einnahme von Medikamenten oder Nahrungsergänzungsmitteln:			
Name:	Grund:		
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		

Gynäkologische Informationen			
Ich bin derzeit schwanger	<input type="checkbox"/>	Es besteht ein Kinderwunsch.	<input type="checkbox"/>
Ich leide/litt an Schwangerschaftsdiabetes.	<input type="checkbox"/>	Menopause, seit wann?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>



Aktuelle Beschwerden			
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	Müdigkeit/Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>
Unruhe	<input type="checkbox"/>	Verstärktes Schwitzen	<input type="checkbox"/>
Verstopfungen: Anzahl der Stuhlentleerungen pro Woche (bitte Zahl eintragen)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	Durchfall: Anzahl der Stuhlentleerungen pro Tag (bitte Zahl eintragen)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	Sodbrennen/Reflux	<input type="checkbox"/>
Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	Völlegefühl/Blähungen	<input type="checkbox"/>
Schluckstörung/Kautörung	<input type="checkbox"/>	Geschmacksveränderungen	<input type="checkbox"/>

Besondere Kostformen			
Vegetarisch	<input type="checkbox"/>	Vegan	<input type="checkbox"/>
„normale“ Mischkost (inklusive Fleisch/Fisch)	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	<input type="text"/>
Diese Lebensmittel vertrage/mag ich nicht: <input type="text"/>			

Trinkverhalten			
Ich trinke insgesamt <input type="text"/> Liter täglich.			
Ich trinke <input type="text"/> Liter Wasser/ungesüßten Tee täglich.			
Ich trinke <input type="text"/> Liter zuckerhaltige Getränke täglich.			
Ich trinke <input type="text"/> Liter Light-/Zero-Getränke täglich.			
Ich trinke <input type="text"/> Tassen Kaffee täglich. Mit Milch <input type="checkbox"/> Mit Zucker <input type="checkbox"/>			
Wie häufig trinken Sie Alkohol?			
täglich	<input type="checkbox"/>	3-4 x wöchentlich	<input type="checkbox"/>
1-2 x wöchentlich	<input type="checkbox"/>	1-2x im Monat	<input type="checkbox"/>
nie	<input type="checkbox"/>		

Bewegung und sportliche Aktivität		
Ich treibe Sport. <input type="checkbox"/>	Welchen?	<input type="text"/>
	Wie oft?	<input type="text"/>



Ich habe Bewegung im Alltag.	< 30 min	<input type="checkbox"/>
	< 60 min	<input type="checkbox"/>
	>60 min	<input type="checkbox"/>

Schlafqualität	Dauer: <input type="text"/> Stunden pro Nacht
gut	<input type="checkbox"/>
mittel	<input type="checkbox"/>
schlecht	<input type="checkbox"/>

Raucherstatus		
Ich rauche. <input type="checkbox"/>	Wie viel am Tag?	<input type="text"/>
	Seit wann?	<input type="text"/>
Ich rauche nicht mehr seit: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

Das macht für mich eine ungesunde und nicht meinem Bedarf entsprechende Ernährung aus:
<input type="text"/>

Das macht für mich eine gesunde & bedarfsdeckende Ernährung aus:
<input type="text"/>

Was sind Ihre Erwartungen an die Ernährungsberatung?
<input type="text"/>

Was erwarten Sie von mir als Beraterin?
<input type="text"/>

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?
<input type="text"/>