BODYMED®
Center Chilehaus

Ihr persönlicher Fragebogen

Um Ihnen eine individuelle Ernährungsberatung anbieten zu können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Die Angaben des Fragebogens unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Name, Vorname * _____ Geburtsdatum _____

Straße Nr. * _____ PLZ Ort * _____

Mobilnummer * _____ E-Mail* _____

Krankenversicherung * _____ Ausgefüllt am * _____

Sind bei Ihnen eine oder mehrere Diagnosen bekannt?

- ☐ Bluthochdruck seit: _____
- ☐ Herzrhythmusstörungen seit: _____
- ☐ Zustand nach Schlaganfall seit: _____
- ☐ Zustand nach Herzinfarkt seit: _____
- ☐ Typ-2-Diabetes (Zuckerkrankheit) seit: _____
  ggf. mit Schädigungen der
  - ☐ Augen seit: _____
  - ☐ Nieren seit: _____
  - ☐ Nerven seit: _____
- ☐ Typ-1-Diabetes seit: _____
- ☐ Gallensteine, ggf. mit Gallenkoliken seit: _____
- ☐ Fettstoffwechselstörung (erhöhte Cholesterinwerte) seit: _____
- ☐ Gicht seit: _____
- ☐ Rheuma seit: _____
- ☐ Schilddrüsenerkrankung seit: _____
  - ☐ Überfunktion
  - ☐ Unterfunktion
  - ☐ Hashimoto
  - ☐ Basedow
  - ☐ Sonstiges:
- ☐ Nierenerkrankung seit: _____
- ☐ Lebererkrankung seit: _____
  - ☐ Fettleber
  - ☐ Hepatitis C
  - ☐ Leberentzündung (NASH)
  - ☐ Leberzirrhose
  - ☐ Leberfibrose
  - ☐ Sonstiges:
- ☐ Depressionen seit: _____

☐ Sonstige Diagnosen _____

_____

BODYMED®
Center Chilehaus

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Name des Medikaments	Einnahme			Anmerkung
	morgens	mittags	abends	

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche?

Name des Nahrungsergänzungsmittel	Einnahme			Anmerkung
	morgens	mittags	abends	

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Wenn ja, welche?

_____

_____

_____

_____

_____

BODYMED®
Center Chilehaus

Ernährung

Gewicht

Wann traten bei Ihnen erstmals Gewichtsprobleme auf?

- ☐ Kindheit
- ☐ Pubertät
- ☐ Schwangerschaft
- ☐ Wechseljahre
- ☐ Nach Operationen
- ☐ Durch Medikamente
- ☐ Nach dem Aufhören von Rauchen
- ☐ Durch Stress / Depressionen
- ☐ Gewicht: _____

Wie hoch ist Ihr Übergewicht?

☐ bis 5 kg ☐ bis 10 kg ☐ bis 15 kg ☐ bis 20 kg ☐ >20kg

Wie viel Gewicht mochten Sie abnehmen?

☐ bis 5 kg ☐ bis 10 kg ☐ bis 15 kg ☐ bis 20 kg ☐ >20kg

Welche Abnehmversuche / Diaten haben Sie bisher unternommen?

- ☐ Sport
- ☐ FDH
- ☐ Weight Watchers
- ☐ Metabolic Balance
- ☐ Online-Programme
- ☐ Schlank im Schlaf
- ☐ Low Carb
- ☐ Sonstiges _____

Gab es unangenehme Begleiterscheinungen bei früheren Diatversuchen?

- ☐ Hunger
- ☐ Mattigkeit
- ☐ Depression
- ☐ Haarausfall
- ☐ Jo-Jo-Effekt
- ☐ Sonstiges _____

Haben Sie Stress?

☐ wenig ☐ mäßig ☐ viel

Ernährungsgewohnheiten

Wie oft essen Sie taglich?

☐ 2 x ☐ 3 x ☐ 4 x ☐ 5 x ☐ mehr als 5 x

Frühstücken Sie?

☐ regelmäßig ☐ ab und zu ☐ nie

Essen Sie zu Abend?

☐ regelmäßig ☐ ab und zu ☐ nie

Wann essen Sie zu Abend?

☐ vor 18 Uhr ☐ 18 – 20 Uhr ☐ nach 20 Uhr

Wer kauft Ihre Lebensmittel ein?

☐ ich selbst ☐ mein/e Partner/in ☐ fremde Personen

Wer bereitet die Mahlzeiten zu?

☐ ich selbst ☐ mein/e Partner/in ☐ fremde Personen

Mit wem essen Sie am haufigsten?

☐ alleine ☐ mit der Familie ☐ mit FreundInnen/KollegInnen

Sind die Mahlzeiten für Sie angenehm?

☐ ich esse gerne ☐ ich habe ein schlechtes Gewissen ☐ ich esse mehr, als ich will

Wie oft essen Sie auswärts?

☐ immer ☐ manchmal ☐ nie

Essen Sie beim Einkaufen, im Kino oder beim Fernsehen?

☐ immer ☐ manchmal ☐ nie

Was essen Sie dann?

☐ Süßigkeiten ☐ Gebäck ☐ Pizza ☐ Chips/Salziges ☐ Sonstiges: _____

BODYMED®
Center Chilehaus

Wie oft essen Sie ...

... Gemüse / Salat
☐ 3 – 5 x / Tag ☐ 1 – 2 x / Tag ☐ 4 – 5 x / Woche ☐ 1 – 3 x / Woche ☐ selten / nie

... Obst
☐ 3 – 5 x / Tag ☐ 1 – 2 x / Tag ☐ 4 – 5 x / Woche ☐ 1 – 3 x / Woche ☐ selten / nie

... Vollkornprodukte (Vollkornbrot, Vollkornnudeln, Volkornreis, ...)
☐ 3 – 5 x / Tag ☐ 1 – 2 x / Tag ☐ 4 – 5 x / Woche ☐ 1 – 3 x / Woche ☐ selten / nie

... Weißmehlprodukte (helle Brötchen, Baguette, weiße Nudeln, ...)
☐ 3 – 5 x / Tag ☐ 1 – 2 x / Tag ☐ 4 – 5 x / Woche ☐ 1 – 3 x / Woche ☐ selten / nie

... Wurst
☐ 3 – 5 x / Tag ☐ 1 – 2 x / Tag ☐ 4 – 5 x / Woche ☐ 1 – 3 x / Woche ☐ selten / nie

... Fleisch
☐ 3 – 5 x / Tag ☐ 1 – 2 x / Tag ☐ 4 – 5 x / Woche ☐ 1 – 3 x / Woche ☐ selten / nie

... Fisch
☐ > 3 x / Woche ☐ 1 – 3 x / Woche ☐ 1 – 2 x / Monat ☐ selten / nie

... Eier
☐ täglich ☐ 3 – 5 x / Woche ☐ 1 – 2 x / Woche ☐ selten / nie

... Milch und Milchprodukte
☐ 3 – 5 x / Tag ☐ 1 – 2 x / Tag ☐ 3 – 5 x / Woche ☐ 1 – 2 x / Woche ☐ selten / nie

... Fast Food
☐ 3 – 5 x / Tag ☐ 1 – 2 x / Tag ☐ 1 – 5 x / Woche ☐ 1 – 2 x / Monat ☐ selten / nie

... Fertiggerichte (Pizza, Ravioli, Mikrowellengerichte, Konserven, ...)
☐ 3 – 5 x / Tag ☐ 1 – 2 x / Tag ☐ 1 – 3 x / Woche ☐ 1 – 2 x / Monat ☐ selten / nie

... Süßigkeiten / Kuchen / Knabberartikel
☐ 3 – 5 x / Tag ☐ 1 – 2 x / Tag ☐ 4 – 5 x / Woche ☐ 1 – 3 x / Woche ☐ selten / nie

Was nehmen Sie an Getränken zu sich?

Wasser/ Mineralwasser
☐ > 5 x / Tag ☐ 4 – 5 x / Tag ☐ 3 – 4 x / Tag ☐ 1 – 2 x / Tag ☐ nicht täglich

Fruchtsäfte
☐ > 5 x / Tag ☐ 4 – 5 x / Tag ☐ 3 – 4 x / Tag ☐ 1 – 2 x / Tag ☐ nicht täglich

Kräutertee
☐ > 5 x / Tag ☐ 4 – 5 x / Tag ☐ 3 – 4 x / Tag ☐ 1 – 2 x / Tag ☐ nicht täglich

Cola, Limonaden (auch light)
☐ > 5 x / Tag ☐ 4 – 5 x / Tag ☐ 3 – 4 x / Tag ☐ 1 – 2 x / Tag ☐ nicht täglich

Kaffee / schwarzer Tee
☐ > 5 x / Tag ☐ 4 – 5 x / Tag ☐ 3 – 4 x / Tag ☐ 1 – 2 x / Tag ☐ nicht täglich

Genussmittel

Rauchen Sie?
☐ > 20 Zigaretten / Tag ☐ 10 – 20 Zigaretten / Tag ☐ bis 10 Zigaretten / Tag ☐ gelegentlich ☐ nie

Wie oft trinken Sie Alkohol?
☐ täglich ☐ > 3 x / Woche ☐ 1 – 3 x / Woche ☐ gelegentlich ☐ nie

Welche alkoholischen Getränke trinken Sie?
☐ keine ☐ Wein ☐ Bier ☐ Spirituosen ☐ Alkopops

☐ Sonstiges _____

BODYMED®
Center Chilehaus

Bewegung

Welche sportliche Aktivitäten führen Sie durch?

- ☐ Joggen
- ☐ Radfahren / Heimtrainer
- ☐ Wandern
- ☐ Crosstrainer / Stepper
- ☐ Krafttraining
- ☐ Strammes Gehen
- ☐ Gymnastik
- ☐ Nordic Walking
- ☐ Schwimmen
- ☐ Sonstiges, d. h. _____
- ☐ keine

Wie lange betätigen Sie sich in der Woche sportlich?

- ☐ weniger als 30 Minuten
- ☐ ca. 30 Minuten
- ☐ ca. 45 Minuten
- ☐ ca. 60 Minuten
- ☐ ca. 90 Minuten
- ☐ ca. 120 Minuten
- ☐ mehr als 120 Minuten

Wie schätzen Sie dabei Ihre Intensität ein?

- ☐ geringe Intensität
- ☐ mittelmäßige Intensität
- ☐ hohe Intensität

Seit wann betreiben Sie Sport?

- ☐ seit Kurzem
- ☐ seit ca. ½ Jahr
- ☐ seit ca. 1 Jahr
- ☐ länger als 1 Jahr

Sind Sie Mitglied in einem Sportverein / Fitnessstudio?

- ☐ ja
- ☐ nein

Ihre früheren sportlichen Aktivitäten?

- ☐ keine
- ☐ ab und zu
- ☐ regelmäßig, und zwar: _____

Körperliche Einschränkungen

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- ☐ Kniegelenkserkrankung
- ☐ Hüftgelenkserkrankung
- ☐ Rücken- bzw. Wirbelsäulenerkrankungen
- ☐ Osteoporose
- ☐ Rheuma
- ☐ Gicht
- ☐ Sonstige Erkrankungen des Bewegungsapparates:

_____

_____

_____

Hinweis:
Die angegebenen Daten werden nur zu Beratungs- und statistischen Zwecken verwendet und nicht an Dritte weitergegeben

Drucken

Per E-Mail senden

Die vollständige Sicherheit von E-Mails ist nicht gewährleistet. Die in E-Mails enthaltenen Daten können infiziert, abgefangen oder beschädigt werden. Es wird keine Haftung für Schäden übernommen, die durch das Versenden des Inhalts per E-Mail entstehen.