



Fragen zum Ernährungsverhalten

Datum: _____

Name: _____

Alter: _____ J.

Größe: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit stark verändert? Nein Ja um _____ kg

Durchschnittliche Mahlzeitenhäufigkeit: _____ pro Tag

täglich manchmal nur werktags nur am
 Wochenende

- 1. Frühstück
- 2. Frühstück
- Mittagessen
- Zwischenmahlzeit
- Abendessen
- Spätmahlzeit
- Sonstige

Ort der Nahrungsaufnahme (durchschnittliche Häufigkeit/Woche):

	zu Hause	unterwegs	Kantine	Restaurant
1. Frühstück				
2. Frühstück				
Mittagessen				
Zwischenmahlzeit				
Abendessen				
Spätmahlzeit				
sonstige				

Ergänzungsfragen zu Ernährungs- und Lebensgewohnheiten

Bereiten Sie Ihre Mahlzeiten selbst zu?

nie selten häufig meist

Verwenden Sie Fertiggerichte?

nie selten häufig meist

Wie schätzen Sie selbst Ihre Ernährung bzgl. Lebensmittelauswahl ein?

ausgewogen eher einseitig unterschiedlich

Sind bei Ihnen Stoffwechselerkrankungen bekannt (Diabetes, erhöhte Fettwert **JA** **NEIN**
Gicht ...)?

Wurde bei Ihnen „Rheuma“ festgestellt?

Beklagen Sie Haarausfall?

Beobachten Sie brüchige Nägel?

Sind Sie anfällig für Infekte?

Leiden Sie unter Stress?

Fühlen Sie sich häufig müde und angespannt?

Sind Sie von häufigen Muskelkrämpfen („Wadenkrämpfen“) betroffen?

Verschlechtert sich Ihre Sehleistung?

Leiden Sie unter häufiger Verstopfung?
Durchfällen?

Lehnen Sie bestimmte Speisen strikt ab?

Welche: _____

Sind bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten bzw. Nahrungs-
mittelallergien bekannt?

Wenn ja, wogegen: _____

Leiden Sie unter chronischen Hauterkrankungen?
(z. B. Akne, Neurodermitis) _____

Wurde bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung diagnostiziert?

Nehmen Sie Hormonpräparate ein?
Welche, wofür? _____

Leiden Sie unter Eisenmangel/Blutarmut