



Fragebogen - Ernährung

Name, Vorname: _____

Patientendaten:

Alter: _____

Familienstand: _____

Größe: _____

Im Haus lebende Kinder: _____

Gewicht: _____

Beruf: _____

Was erhoffen Sie sich von meiner Beratung?

Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Situation

Welche gesundheitlichen Probleme haben Sie derzeit und seit wann bestehen Sie?

- Allergie (welcher Art)

- Nahrungsmittelunverträglichkeit (welcher Art)

- Bluthochdruck oder zu niedriger Blutdruck



- Hoher Cholesterinwert

- Diabetes

- Hautprobleme (welcher Art)

- Kopfschmerzen oder Migräne

- Magenproblem (welcher Art)

- Darmprobleme: Blähungen, Verstopfung, Durchfall, sonstige

- Müdigkeit



- Pilzinfektionen: Darmpilz, Genitalpilz, Nagelpilz, Hautpilz
-
-

- Rheuma, Gicht, Arthrose
-
-

- Rückenprobleme
-
-

- Schilddrüse: Über- oder Unterfunktion
-
-

- Osteoporose
-
-

- Infekt-Anfälligkeit
-
-

- Schlafstörungen
-
-

- Sonstige Beschwerden
-
-



Welches ist Ihr Hauptproblem?

Ihre Zahnsituation?

- Haben Sie Zahnfleischprobleme?

- Wie viele Amalgamfüllungen haben Sie?

- Wurden bereits Füllungen entfernt? Wenn ja, wie viele und wann?

- Wurde eine Ausleitung vorgenommen? Wenn ja, wann und in welcher Form?

- Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? Wenn ja, wie viele?

Leiden Sie unter Stress, Ängsten, Depressionen? Wenn ja, seit wann?



Welche Gesichts- bzw. Körperpflegeprodukte verwenden Sie?
(nur relevant bei Hautproblemen)

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche und seit wann?

Nehmen Sie derzeit Hormone ein? (Pille, Hormonpflaster, Hormontinktur)

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, mit welcher Erkrankung?

Waren Sie schon einmal in naturheilkundlicher Behandlung (auch Heilpraktiker)?
Wenn ja, mit welcher Erkrankung?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche?



Rauchen Sie (Zigaretten, Zigarre, Pfeife)?
Wenn ja, wie viel täglich?

Treiben Sie Sport? Wenn ja, welche Sportart und wie oft pro Woche?

Fragen zu Ihrer Ernährungsweise

- Haben Sie Ihre Ernährung bereits umgestellt? Wenn ja, wann und was haben Sie verändert?

- Ernähren Sie sich vegetarisch, vegan oder sind Sie Rohköstler?

- Bereiten Sie Ihre Mahlzeiten für Ihr Mittagsessen selbst zu?

- Essen Sie mittags in der Kantine, Gaststätte oder anderswo?

- Verwenden Sie eine Mikrowelle?

- Welche Küchengeräte besitzen Sie oder Ihre Familie?



- Verwenden Sie Süßstoff?
-

- Verwenden Sie gerne Light-Produkte?
-

Ihre derzeitige Ernährungsweise

Das Frühstück

- Um welche Uhrzeit frühstücken Sie?
-

- Was frühstücken Sie und in welcher Menge?
-
-
-
-

- Favorisieren Sie eher Butter oder Margarine auf dem Brot?
-

- Essen Sie Ihr Müsli mit oder ohne Zucker; mit oder ohne Früchte?
-

- Verwenden Sie für Ihr Müsli Joghurt, Kuhmilch oder eine pflanzliche Milch?
-

- Trinken Sie morgens Bohnenkaffee, Getreidekaffee, Tee oder Säfte und in welcher Menge?
-
-

- Was essen Sie zwischen dem Frühstück und dem Mittagessen?
-



Das Mittagessen

- Um welche Uhrzeit essen Sie zu Mittag?

- Was essen Sie mittags und wie oft pro Woche?

Kartoffeln:

Weißer oder vollwertiger Reis:

Anderes Getreide:

Gemüse:

Welches Gemüse mögen Sie gar nicht?

Käsegerichte:

Eiergerichte:

Fleisch:

Fisch:

Tofu:

Ansonsten:

Salat:

Essen Sie ihn vor, während oder nach dem Essen:

Mit Essig und Öl, Joghurt- oder Sahnedressing:

- Was essen Sie zwischen dem Mittagessen und dem Abendessen?



Das Abendessen

- Um welche Uhrzeit essen Sie zu Abend?

- Was essen Sie abends und wie oft pro Woche?

Brot:

Wurst:

Käse:

Salat:

Milchprodukte:

Obst:

Kartoffeln, Nudeln, Reis:

Fleisch, Fisch, Eier, Tofu:

Gemüse:

Ansonsten:

- Was essen Sie zwischen dem Abendessen und dem Zubettgehen?



Welche Getränke nehmen Sie täglich zu sich und in welcher Menge?

Kaffee:

Tee (Schwarztee, Grüntee, Früchtetee, sonstiger Tee):

Cola:

Gesüßte Getränke:

Kohlensäurehaltiges Wasser:

Stilles Wasser:

Leitungswasser:

Alkohol (Wein, Bier, Schnaps etc.):

Was möchten Sie uns zusätzlich mitteilen?

Vielen Dank für Ihre Zeit.