

KLIENTENFRAGEBOGEN

Persönliche Angaben

Name, Vorname:

Adresse:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Geschlecht:

Ärztliche Diagnosen:

Größe in cm:

Gewicht in kg:

Soziale Situation

Ich lebe

Ich bin

Ich lebe im Haushalt meiner Eltern

Ich lebe alleine

Ich lebe mit einem Partner zusammen

Ich habe Kinder

Kinder leben in meinem Haushalt

Sonstiges

Ich bin

Ich bin berufstätig

Beruf

Arbeitszeit pro Woche/St.

Schichtarbeit

(Tage/Nächte in Stunden)

Ich studiere

Ich bin in Ausbildung als

Ich bin berentet

Ich bin arbeitsunfähig

Ich bin arbeitssuchend

Warum kommst Du zur Ernährungsberatung?

- Gewichtsreduktion
- Gewichtszunahme
- Chronische Erkrankungen
- Lebensqualität erhöhen
- Wohlbefinden steigern
- Ernährungsumstellung
- Ärztliche Empfehlung
- Sonstiges

Was sind Deine Erwartungen an mich?

Was erhoffst Du Dir von einer Ernährungsberatung?

Problemliste

Ich fühle mich in der körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt	Ja	Nein
Ich fühle mich seelisch/psychisch beeinträchtigt	Ja	Nein
Ich fühle mich in meiner sozialen/ökonomischen Situation eingeschränkt	Ja	Nein
Ich isoliere/distanziere mich	Ja	Nein
Ich bin in psychologischer/psychiatrischer Behandlung	Ja	Nein
Ich war schon mal in einer psychologischen/psychiatrischen Behandlung	Ja	Nein

Gesundheitsb\$σŦIX\$σŚ\$Ω

Allgemeine Beschwerden

Zurzeit habe ich keine Beschwerden

Atemnot in Ruhe

Atemnot unter Belastung (nach 1-2 Etagen)

Atemnot unter Belastung (nach 2-3 Etagen), Schmerzen in der Brust

Unregelmäßiger Herzschlag

Schmerzen in den Beinen nach dem Gehen von < 200 m

Schmerzen in den Beinen nach dem Gehen von < 500 m

Sehstörungen

Nächtliches Schnarchen

Häufiges nächtliches Wasserlassen

Häufiges Einschlafen am Tag

Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Unruhe, Verstärktes Schwitzen

Sonstiges

{Ŧ1Ψ\$σa\$Ω

Diffus/ nicht definierbar

Häufige Kopfschmerzen

Hände, Finger, Arme

Muskelschmerzen

Nervenschmerzen

Lähmungserscheinungen

Füße, Knie

Halswirbelsäule

Brustwirbelsäule

Lendenwirbelsäule

Sonstiges

Bewegungsverhalten

Ich treibe Sport Ja Nein

Sportart:

Häufigkeit pro Woche:

Ich gehe zu Fuß (Schritte pro Tag)

< 3000 Schritte am Tag

3000 bis 6000 Schritte am Tag

> 6000 Schritte am Tag

Ich gehe regelmäßig Freizeitaktivitäten nach

Freizeitaktivität:

Raucherstatus

Ich rauche ja nein

Ich bin Raucher seit

Ich rauche täglich Zigaretten

Ich bin Ex-Raucher seit

a ŠŠŮΞ†Ψ\$ŮŮ\$

Ich nehme folgende Medikamente (auch Insulin) und Nahrungsergänzungsmittel ein:

a ŠŠŮΞ†Ψ\$ŮŮ\$	5ŮŮŮσ	a ŮŮ°\$Ůσ	a ŮŮŮ†°σ	!ö\$ŮŚσ
----------------	-------	-----------	----------	---------

Nahrungsmittelunverträglichkeiten ŮŮŚ ! PP\$Ů° Ů\$Ů

Ich habe folgende Allergien

Ich habe folgende Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Ich habe gegen folgende Lebensmittel eine Abneigung

Kostform

Ich ernähre mich nach folgender Kostform:

Mischkost

Vegetarische Kost

Vegane Kost

Sonstiges

Ort, Datum

Name, Vorname