



## Ernährungsfragebogen

### Zur Person

Name:

---

Vorname:

---

Adresse:

---

Telefonnummer/Email

---

Beruf:

---

Alter/Gewicht/Größe: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ kg / \_\_\_\_\_ cm

### Einige Fragen zu Ihrem Essverhalten und ihrem Tagesablauf

Welches ist für Sie die wichtigste Mahlzeit des Tages, auf die Sie keinesfalls verzichten wollen?

---

Was sind Ihre Lieblingsspeisen?

---

---

---



Was mögen Sie gar nicht?

---

---

---

Wann beginnen Sie normalerweise Ihren Tag? Wann gehen Sie schlafen?

---

Frühstücken Sie regelmäßig oder bringen Sie morgens noch nichts herunter?

- Ich frühstücke regelmäßig
- Ich frühstücke ab und zu
- Ich frühstücke gar nicht

Wird Ihnen normalerweise schneller heiß oder frieren Sie leichter?

- Mir wird schneller heiß
- Ich friere oft

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

- Ja, \_\_\_\_\_
- Ja, aber unregelmäßig
- Nein

Wenn nein, was hat Sie bisher abgehalten, sich mehr zu bewegen?

---

### **Welche Nährstoffe könnten fehlen?**

Haben Sie öfter Heißhunger auf bestimmten Speisen? Wenn ja, auf welche?

---

---



Essen Sie gern Fleisch oder ernähren sie sich lieber vegetarisch?

- Fleisch
- Vegetarisch

Vertragen Sie Milch und Milchprodukte?

- Nein
- Ja
- Weiß nicht

Gibt es irgendwelche bekannten Allergien?

- Nein
- Ja, \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

- Nein
- Ja

Nehmen Sie die Pille oder andere Hormonpräparate?

- Nein
- Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Nein
- Ja, \_\_\_\_\_

Sind Sie derzeit schwanger?

- Nein
- Ja
- Ich bin mir nicht sicher



Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

- Diabetes
- Gicht
- Rheuma
- Bluthochdruck
- Migräne
- Hauterkrankungen
- Schilddrüsenprobleme
- Haarausfall
- Verstopfung, Durchfall, Blähungen
- Sonstiges, \_\_\_\_\_

## Zu Ihren Gewichtsproblemen

Wenn Sie unzufrieden mit Ihrem Gewicht sind, seit wann ist das so?

- Ich war schon als Kind übergewichtig
- Seit einer Schwangerschaft
- Erst seit kurzer Zeit
- Ich habe im Laufe der Jahre gleichmäßig zugenommen

Welche Diäten haben Sie in den letzten Jahren ausprobiert?

---

Wenn Sie bisher Diäten probiert haben, was war für Sie die größte Schwierigkeit?

---

Was würden Sie selbst als Ihre Ernährungssünden bezeichnen?

---

---





## Wie sieht es mit Ihrer Energie aus?

Sind Sie oft müde und fühlen sich energielos?

- Ja
- Nein

Brauchen Sie in der Früh irgendetwas, um überhaupt in die Gänge zu kommen (Kaffee, Zigarette usw.)?

- Ja
- Nein

Haben Sie oft Kopfweg oder sind Sie schnell gereizt?

- Ja
- Nein

Brauchen Sie nach dem Essen oft noch etwas Süßes?

- Ja
- Nein

Wenn Sie sich energielos fühlen, greifen Sie dann nach etwas Essbarem, um wieder in Schwung zu kommen?

- Ja
- Nein

Wie viele Tassen Kaffee trinken Sie am Tag?

- Ich trinke keinen Kaffee
- 1-2 Tassen pro Tag
- Mehr als 2 Tassen pro Tag

Wie viel Alkohol trinken Sie und wie oft?

- Ich trinke keinen Alkohol
- Ich trinke selten Alkohol
- Ich trinke einmal im Monat Alkohol
- Ich trinke mehrmals in der Woche Alkohol
- Ich trinke jeden Tag Alkohol



Haben Sie im Laufe des Tages viele Stimmungsschwankungen?

- Ja
- Nein

### **Essen Sie genug und das richtige Fett?**

Leiden Sie an depressiven Stimmungen? Fallen Sie manchmal in ein schwarzes Loch?

- Ja
- Nein

Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder sich etwas zu merken?

- Ja
- Nein

Für Frauen: Haben Sie während der Regel Schmerzen oder große Spannung in den Brüsten?

- Ja
- Nein

Haben Sie trockene Haut oder Schuppen?

- Ja
- Nein

Essen Sie lieber Butter oder Margarine?

- Butter
- Margarine
- Keines von beiden

Womit braten und kochen Sie?

---



Essen Sie vorwiegend sogenannte Light-Produkte?

- Ja
- Nein

Essen Sie viel Wurst?

- Ja
- Nein
- ich esse keine Wurst

### **Und wie sieht es mit Flüssigkeit aus?**

Was ist Ihr bevorzugtes Getränk?

---

Haben Sie trockene, wässrige oder juckende Augen?

- Ja
- Nein

Haben Sie oft Sodbrennen?

- Ja
- Nein
- Ab und zu

Haben Sie manchmal Magenschmerzen?

- Ja
- Nein

Haben Sie aufgesprungene Lippen?

- Ja
- Nein



## Wie geht Ihr Körper mit Giften um?

Haben Sie oft Kopfweg?

- Ja
- Ja, aber selten
- Nein

Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Sie von einem Tag auf den anderen richtig viel zugenommen haben?

- Ja
- Nein

Sind Ihre Augen manchmal geschwollen und leiden Sie unter Tränensäcken?

- Ja
- Eher nicht
- Nein

Tun Ihnen oft ohne medizinische Ursache die Gelenke und die Muskeln weh?

- Ja
- Nein

Fühlen Sie sich aufgeschwemmt? Geht z. B. ein Ring schwer wieder vom Finger?

- Ja
- Nein

Neigen Sie zu Hautausschlägen?

- Ja
- Nein

Haben Sie Haarausfall?

- Ja
- Nein



Ist Ihr Gewebe schwammig und leiden Sie an Cellulite?

- Ja
- Nein

### Ein wenig Psychologie ...

Befinden Sie sich im Augenblick in einer besonderen Stresssituation (Beruf, Partnerschaft, Kinder, finanzielle Probleme)?

- Ja
- Nein

Was würde sich in Ihrem Leben verändern, wenn Sie Ihr Wunschgewicht erreicht hätten?

---

---

---

Was wünschen Sie sich von einer Ernährungsumstellung, damit Sie diese auch durchhalten?

---

---

---

Bitte formulieren Sie in einem Satz den größten –Wunsch, den Sie in Zusammenhang mit Ihrem Gewicht haben (bitte nicht einfach: „Ich will schlank sein.“ oder „Ich will so und so viel wiegen).

---

---

---