



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 Lieblings Speisen?



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 bestimmte 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).
