



BUCHINGER  
1920

## ERNÄHRUNGSANAMNESE

### EINBLICK IN IHR ERNÄHRUNGSVERHALTEN

Datum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Zimmernummer:

Lieber Gast,

um einen umfangreichen Überblick über Sie zu erhalten, füllen Sie bitte diesen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen aus und geben Sie ihn spätestens einen Tag vor dem Beratungstermin an der Rezeption ab. Vielen Dank!

#### INFORMATIONEN ZU IHREM KRANKHEITSBILD

Welche Grunderkrankungen bestehen bei Ihnen (z. B. Diabetes, Fettstoffwechselstörung, Verdauungsprobleme)?  
Beschreiben Sie kurz:

Bestehen Nahrungsmittelallergien oder -unverträglichkeiten/-intoleranzen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Welche Reaktion(en) zeigen Sie (z. B. Zunge schwillt an, Kratzen im Hals, Kopfschmerzen)?

Hatten Sie zu Ihrer Vorerkrankung bereits Ernährungsberatungen? Ja Nein

Wenn ja, wann zuletzt?

#### INFORMATIONEN ZUM LEBENSSTIL

Treiben Sie Sport?	Einmal die Woche	Zweimal die Woche	Häufiger die Woche
	Täglich	Selten	Gar nicht

#### INFORMATIONEN ZUM BERUF

Wie sieht Ihre berufliche Tätigkeit aus?

Überwiegend sitzend	Überwiegend körperlich anstrengend	Schichtdienst
Nachtdienst	Unregelmäßige Arbeitszeiten	Geschäftsreisen
Ausland	Inland	

## INFORMATIONEN ZUR FAMILIENANAMNESE

Gibt es in Ihrer Familie stoffwechselabhängige Vorerkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wie leben Sie? Allein In häuslicher Gemeinschaft Mit Kindern

War einer der beiden Elternteile übergewichtig? Ja Nein

Haben Sie schon Diäten gemacht? Ja Nein

## INFORMATIONEN ZUM ESSVERHALTEN

Haben Sie regelmäßige Essenszeiten? Ja Nein

Nehmen Sie Zwischenmahlzeiten zu sich? Ja Nein

Wenn ja, wie viele?

Wann ist Ihre Hauptmahlzeit? Uhr

Essen Sie viel unterwegs? Ja Nein

Wie essen Sie?

Schnell Langsam Bewusst Unregelmäßig

Beim Fernsehen Zeitung lesend Auswärts

Wann essen Sie mehr?

Bei Stress Bei Ärger Bei Nervosität Bei Kummer

In Gesellschaft

Wie oft trinken Sie energiereiche Getränke (z. B. Limonade, Säfte)?

Täglich Wöchentlich Selten Gar nicht

Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?

Täglich Wöchentlich Selten Gar nicht

Was verbinden Sie spontan mit dem Wort Essen?

## ZIELSETZUNG

Was ist Ihr persönliches Ernährungsziel (z. B. Gewichtsreduktion, Darmsanierung)?

## PERSÖNLICHE VORSCHLÄGE

Haben Sie Vorschläge/Anliegen/Fragen an uns?