



Angaben zur Person

Name, Vorname

wohnhaft

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Geschlecht m / w

Größe

Ausgangsgewicht

Ort

Krankenkasse

Handy

Alter

Familienstand

BMI

Fettgehalt

Bauchumfang

Zielgewicht langfristig

Wie lange besteht das Gewicht bereits?

Beruf

Wie viel Std. pro Tag?

Sportart(en), seit wann regelmäßig? Trainingsumfang?

während der Beratung

leichte Tätigkeit/ mittel / schwer

Blutdruck/ Blutgruppe/ Blutwerte/ Verdauung

Kostform/ Essstörungen

Substitution/ Nahrungsergänzung

Medikamente

Krankheiten/ Allergien

Rauchen Sie? Wie oft trinken Sie Alkohol in der Woche?

Ziel/e in der Beratung (5 Termine)



Welche negativen Folgen hätte es für Sie, wenn Sie Ihr Ziel erreichen?

z. B. neue Kleidung kaufen, Disziplin, verzichten, Geschmack, Gewohnheiten aufgeben, Sport treiben etc.:

Familienanamnese: Die Gene

Wer ist in der Familie Übergewichtig? _____

Welche ernährungsabhängigen Krankheiten gibt es in der Familie? _____

Stresspegel: Stress macht dick

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Ich schlafe weniger als 6 Std./ Nacht | <input type="checkbox"/> | Ich schlafe mehr als 8 Std./ Nacht | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin nachts öfter wach | <input type="checkbox"/> | Ich leide an Depressionen | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin oft traurig/ frustriert | <input type="checkbox"/> | Ich bin gestresst, stehe unter Druck | <input type="checkbox"/> |

Für Frauen: Hormone

Wechseljahre Schwangerschaftswunsch schwanger stillend

Haut: Spiegel der Seele – Ich neige zu:

Unreiner Haut trockener Haut Falten Cellulite

Kochen:

Ich kann kochen ich nicht kochen kann, aber nicht so gut

Mahlzeiten außer Haus:

Ich bereite mir selbst alles zu Ich esse außer Haus, z. B. Kantine, Mensa etc.

Bei mir ist es gemixt, selbst zubereitetes, aber auch außer Haus, sind in der Waage

Was wünschen Sie sich von der Ernährungsberatung? Welches Ziel sollte erreicht werden? Welche Wissenslücken wollen Sie füllen?