



# 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?**