



Anamnesefragebogen

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Geb. am: _____ ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Straße, PLZ und Ort: _____

Tel. privat: _____ Tel. mobil: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Facharzt (der ggf. die Notwendigkeitsbescheinigung ausgestellt hat): _____

Krankenkasse: _____

Versicherten-Nr.: _____

Aus welchem Grund möchten Sie gerne eine individuelle Ernährungsberatung/-therapie?

(Beschwerden, Wünsche, Ziele)

Mitgliedschaften / Selbsthilfeorganisationen: _____

Beruf: _____

Sind Sie berufstätig? ☐ Ja ☐ nein

Wenn ja, ☐ sitzend ☐ stehend ☐ Schichtarbeit ☐ körperlich schwer?

Familienstand: _____

Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ nein

Kinder: ☐ Ja ☐ nein **Anzahl / Alter:** _____

Wieviel Personen leben in Ihrem Haushalt (einschließlich Sie selbst): _____ Personen



Pflege / Persönliche Assistenz: ☐ Ja ☐ nein

Umfang (h/Tag) / Anzahl unterschiedlicher Personen: _____

Aufgaben: _____

Bewegung / körperliche (Alltags-)Aktivität (Was und wie oft pro Woche?)

Schlaf (Menge und Qualität):

Sind Sie Raucher/in? ☐ Ja ☐ nein

Nehmen Sie Medikamente ein und wenn ja, welche? Nebenwirkungen?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein, also z. B. Vitamine, Mineralstoffe? Und wenn ja, welche, wie oft und in welcher Form (als Kapseln, Tabletten, Brausepulver, etc.)? (Sie können auch gerne die Verpackungen sammeln)

Gewicht, Mahlzeiten, Einkauf

Körpergröße (in m): _____ **Körpergewicht (in kg):** _____

BMI (kg/m²): _____ (errechne ich für Sie)

Ist Ihre Kleidung in den letzten Wochen/Monaten zu weit geworden? ☐ Ja ☐ nein

Ist Ihr Gewicht in den letzten 6 Monaten gleich geblieben, ist es mehr oder weniger geworden?

☐ gleich geblieben ☐ mehr geworden um ca. _____ kg ☐ weniger geworden um ca. _____ kg



Haben Sie das Gefühl, dass Sie eher zu viel oder zu wenig essen & trinken? ☐ zu viel ☐ zu wenig

Fühlen Sie sich nach einer Mahlzeit satt? ☐ Ja ☐ nein

Essen & trinken Sie eher schnell oder langsam? ☐ schnell ☐ langsam

Wie schätzen Sie Ihren Geschmacks- und Geruchssinn ein? ☐ gut ☐ weniger gut

Haben Sie Appetit? ☐ Ja ☐ nein

Mögen Sie gerne kalte und/oder warme Speisen & Getränke?

☐ kalte ☐ warm ☐ beides gerne

Mögen Sie gerne süße + milchige oder herzhaft/saure Speisen & Getränke?

☐ süß/milchig ☐ herzhaft/sauer ☐ beides gerne

Wie ist derzeit die Konsistenz der Speisen & Getränke?

Z. B. Passiert, püriert, angedickt oder angepasst durch die gezielte Auswahl an Lebensmitteln (bspw. durch Einweichen von Brot, etc.?)

Machen Ihnen Essen und Trinken Freude oder ist es auch eine Belastung für Sie?

☐ Ja, ich esse & trinke gerne ☐ Essen & Trinken sind eher eine Belastung

☐ mal so, mal so

Halten Sie eine besondere Ernährungsform / Diät ein und wenn ja, welche?

Verzichten Sie auf bestimmte Lebensmittel aus religiösen Gründen, und wenn ja, auf welche?

Wieviel Mahlzeiten nehmen Sie am Tag zu sich? _____ pro Tag

Zu welchen Uhrzeiten essen & trinken Sie? Sind die Zeiten flexibel oder festgelegt?



Essen & trinken Sie nachts?

☐ ja, regelmäßig ☐ nein, so gut wie nie ☐ manchmal ☐ oft

Essen & trinken Sie grundsätzlich eher alleine oder in Gemeinschaft?

☐ allein ☐ in Gemeinschaft

Haben Sie Ruhe beim Essen oder gibt es Unterbrechungen/Störfaktoren, und wenn ja, welcher Art?

Haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen und/oder Schlucken?

☐ beim Kauen ☐ beim Schlucken

Und wenn ja, wie würden Sie dies beschreiben? Z.B. Verschlucken, Husten, Würgereiz, Mundtrockenheit, Schmerzen, Brennen, etc.

Gibt es Unterstützungen, Hilfsmittel bei der Mahlzeiteneinnahme? _____

Wer kauft bei Ihnen ein? _____

Wer kocht bei Ihnen, wer bereitet die Mahlzeiten (Essen & Trinken) zu? _____

Wieviel trinken Sie geschätzt am Tag? Sie können die Anzahl kleiner/großer Gläser angeben oder in anderen Maßeinheiten wie Liter, ml).

Welche Getränke bevorzugen Sie? _____

Haben Sie Durst/Durstempfinden? ☐ Ja ☐ nein ☐ selten

**Vorerkrankungen:****Liegt bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen vor oder ist einmal aufgetreten?**

- ☐ Untergewicht
- ☐ Übergewicht / Adipositas
- ☐ Diabetes mellitus Typ I oder Typ II? _____
- ☐ Erhöhte Blutfettwerte
- ☐ Erhöhter Blutdruck / Hypertonie
- ☐ Rheumatische Erkrankungen, welche? _____
- ☐ Hyperurikämie / Gicht
- ☐ Nierenerkrankungen, welche? _____
- ☐ Krebserkrankungen, welche? _____
- ☐ Erkrankungen von Speiseröhre, Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, etc., welche? _____
- ☐ Urologische Erkrankungen, welche? _____
- ☐ Neurologische Erkrankungen, welche? _____
- ☐ Schilddrüsenerkrankungen, welche? _____
- ☐ Osteoporose
- ☐ Hauterkrankungen, welche? _____
- ☐ Allergien / Unverträglichkeiten, welche? _____

Kommen in Ihrer Familie bestimmte Erkrankungen gehäuft vor? ☐ Ja ☐ nein**Welche?** _____**Weitere Beschwerden?****Haben Sie Schwierigkeiten mit der Verdauung, dem Stuhlgang?** ☐ Ja ☐ nein ☐ manchmal**Welcher Art sind die Probleme?** _____

Mit der Erfassung meiner Daten zur ausschließlichen Verwendung im Rahmen der Ernährungsberatung/-therapie bin ich einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift