

Fragebogen zur Erstellung einer ganzheitlichen Ernährungsanalyse inkl. Ernährungsplan

Klient/in:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Email: _____

Hiermit bestelle ich verbindlich eine ganzheitliche Ernährungsanalyse inkl. Ernährungsplan und Beratung zum Preis von 199,- €

Datum und Unterschrift

Klientendaten:

Alter: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Im Haushalt lebende Personen: _____

Im Haushalt lebende Kinder + Alter: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Was erhoffen Sie sich von meiner Tätigkeit?

Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Situation

Welche gesundheitlichen Probleme haben Sie derzeit und seit wann bestehen diese?

- Allergien

- Nahrungsmittelunverträglichkeiten

- Blutdruck zu hoch oder zu niedrig

- Hoher Cholesterinwert

- Diabetes

- Hautprobleme

- Kopfschmerzen oder Migräne

- Magenprobleme: Sodbrennen, Gastritis, Magensäuremangel

- Darmprobleme: Blähungen, Verstopfung, Durchfall, Sonstiges

- Müdigkeit

- Pilzinfektion: Darmpilz, Genitalpilz, Nagelpilz, Hautpilz

- Rheuma, Gicht, Arthrose

- Rückenprobleme

- Schilddrüse: Über- oder Unterfunktion

- Osteoporose

- Infektanfälligkeit

- Schlafstörungen

- Sonstige Beschwerden

Welches ist Ihr Hauptproblem?

Ihre Zahnsituation

- Haben Sie Zahnfleischprobleme?

- Wie viele Amalgamfüllungen haben Sie?

- Wurden bereits Füllungen entfernt? Wenn ja, wie viele?

- Wurde eine Ausleitung vorgenommen? Wenn ja, wann und in welcher Form?

- Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? Wenn ja, wie viele?

Leiden Sie unter Stress, Ängsten, Depressionen? Wenn ja, seit wann?

Welche Gesichts- bzw. Körperpflegeprodukte verwenden Sie?

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche und seit wann?

Nehmen Sie derzeit Hormone ein? (z. B. Pille, Hormonpflaster, Hormontinktur)

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, mit welcher Erkrankung?

**Waren Sie schon einmal in naturheilkundlicher Behandlung?
Wenn ja, mit welcher Erkrankung?**

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche?

Rauchen Sie (Zigaretten, Zigarre, Pfeife)? Wenn ja, wie viel täglich?

Treiben Sie Sport? Wenn ja, welche Sportart und wie oft pro Woche?

Fragen zu Ihrer Ernährungsweise

- Haben Sie Ihre Ernährung bereits umgestellt? Wenn ja, wann und was haben Sie verändert?

- Ernähren Sie sich vegetarisch, vegan oder sind Sie Rohköstler?

- Bereiten Sie Ihr Mittagessen selbst zu?

- Essen Sie mittags in der Kantine, Gaststätte oder anderswo?

- Verwenden Sie eine Mikrowelle?

- Verwenden Sie Süßstoff?

- Verwenden Sie gerne Light-Produkte?

- Essen Sie regelmäßig Fertigprodukte? Wenn ja, welche und wie häufig?

- Kauen Sie regelmäßig Kaugummi oder lutschen Sie Bonbons? Wenn ja, welche und wie häufig?

Ihre derzeitige Lebensweise:

Das Frühstück

- Um welche Uhrzeit Frühstücken Sie?

- Was frühstücken Sie und in welcher Menge?

- Favorisieren Sie Butter oder Margarine auf dem Brot?

- Essen Sie Ihr Müsli mit oder ohne Zucker; mit oder ohne Früchten?

- Verwenden Sie für Ihr Müsli Joghurt, Kuhmilch oder pflanzliche Milch?

- Trinken Sie morgens Bohnenkaffee, Getreidekaffee, Tee oder Säfte? Und in welcher Menge?

- Was essen Sie zwischen dem Frühstück und dem Mittagessen?

Das Mittagessen

- Um welche Uhrzeit essen Sie zu Mittag?

- Was essen Sie mittags und wie oft pro Woche? Nennen Sie gerne Ihre Lieblingsgerichte.

Kartoffeln:

weisser oder vollwertiger Reis:

anderes Getreide/ Pseudogetreide wie z.B. Nudeln/ Buchweizen:

Gemüse:

Welches Gemüse mögen Sie gar nicht?:

Käsegerichte:

Eiergerichte:

Fleisch:

Fisch:

Tofu:

Ansonsten:

Salat:

Essen Sie den Salat vor, während oder nach dem Essen?

Mit Essig und Öl, Joghurt- oder Sahnedressing?

- Was essen Sie zwischen dem Mittagessen und dem Abendessen?

- Welche Fette und Öle verwenden Sie zum backen und braten?

Das Abendessen

- Um welche Uhrzeit essen Sie zu Abend?

- Was essen Sie abends und wie oft pro Woche?

Brot:

Wurst:

Käse:

Salat:

Milchprodukte:

Obst:

Kartoffeln, Nudeln, Reis:

Fleisch, Fisch, Eier, Tofu:

Gemüse:

Ansonsten:

- Was essen Sie zwischen dem Abendessen und dem Zubettgehen?

- Verwenden Sie jodiertes Speisesalz?

Was und wie viel trinken Sie am Tag?

Kaffee: _____

Tee: (Schwarztee, Grüntee, Früchtetee, sonstiger Tee) _____

Softgetränke, wie Cola: _____

Gesüßte Getränke: _____

Kohlensäurehaltiges Wasser: _____

Stilles Wasser: _____

Leitungswasser: _____

Alkohol: Wein, Bier, Schnaps etc.: _____

Was möchten Sie mir zusätzlich mitteilen?

Sind die folgenden Haushaltsgeräte vorhanden?

Mixer: (Hochleistungsmixer, Stabmixer, Smoothiemaker) _____

Dörrofen: _____

Spiralschneider: _____

Gemüsehobel: _____

Probieren Sie gern neue Rezepte oder Lebensmittel aus?
