

## Patientenfragebogen

### Liebe Patientin, lieber Patient!

Da die Ernährungsberatung sehr individuell ist, muss ich vieles über Sie wissen, um Sie optimal beraten zu können. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen gewissenhaft und vollständig. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

<b>Name/Vorname:</b> _____		<b>Krankenkasse:</b> _____		
<b>Anschrift:</b> _____		<b>Hausarzt:</b> _____		
<b>Geburtsdatum:</b> _____		<b>E-Mail:</b> _____		
<b>Telefon:</b> _____				
Größe:	Gewicht:	Welchen Beruf haben Sie gelernt?	Welche Tätigkeit üben Sie aus?	Ausgefüllt am:

### 1. Besondere Angaben zur Person:

- |                               |                               |                   |                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Raucher                       | Sportler                      | besteht zur Zeit: | Schwangerschaft               | Stillzeit                     |
| <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |                   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ja   |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |                   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nein |

### 2. Eigene Erkrankungen:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                       | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe Syndrom                       |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                           | <input type="checkbox"/> Leberverfettung                           |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfette                       | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenfehlfunktionen                |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäure/Gicht                 | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Bewegungsapparates _____ |
| <input type="checkbox"/> Gallen-, Nierensteine                   | <input type="checkbox"/> Osteoporose                               |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung                        | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten _____   |
| <input type="checkbox"/> Z.n. Herzinfarkt, wenn ja, wann: _____  | <input type="checkbox"/> Allergien _____                           |
| <input type="checkbox"/> Z.n. Schlaganfall, wenn ja, wann: _____ | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung _____               |
| <input type="checkbox"/> Krebs _____                             | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____                           |
| <input type="checkbox"/> Asthma                                  |  |

### 3. Erkrankungen in der blutsverwandten Familie:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht             | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus       | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt        |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck           | <input type="checkbox"/> Schlaganfall       |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette       | <input type="checkbox"/> Krebs _____        |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäure/Gicht | <input type="checkbox"/> Osteoporose        |
| <input type="checkbox"/> Gallen-, Nierensteine   | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____    |

### 4. Waren Sie schon einmal in psychologischer Behandlung:

- nein                       ja, seit wann: \_\_\_\_\_

