

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.

Name/Vorname: _____		Krankenkasse: _____		
Anschrift: _____		Hausarzt: _____		
Geburtsdatum: _____		E-Mail: _____		
Telefon: _____				
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: _____

5.Regelmäßige Medikamente (auch Einnahme von Vitaminen oder Nahrungsergänzungsmitteln):

6.Angaben zur Bewegung

a) Berufliche Tätigkeit

- überwiegend leichte/ sitzende Tätigkeit Schichtarbeit Ja Nein
 überwiegend mittelschwere/ stehende Tätigkeit Welche Schichten? _____
 überwiegend schwere körperliche Tätigkeit

b) Freizeit/ Sport

Art der Bewegung	Häufigkeit pro Woche	Dauer in Minuten/Stunden

Hobbies: _____

7.Sozial alleinlebend in Partnerschaft Kinder/zu pflegende Personen im Haushalt

8.Essgewohnheiten

- regelmäßig unregelmäßig
Anzahl der Mahlzeiten/Tag _____
Anzahl der Zwischenmahlzeiten pro Tag _____

9.Mahlzeiteneinnahme

- zu Hause am Esstisch vor dem Fernseher
 unterwegs am Arbeitsplatz im Auto
 Kantine Schnellimbiss Restaurant
 _____mal/Woche _____mal/Woche _____mal/Woche

10. Haben Sie Essanfälle?

- ja _____mal/Woche nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Datum/Unterschrift