



Privatärztliche Praxis Britta Stetter

Privatärztliche Praxis
Britta Stetter
Luisenstraße 38
42113 Wuppertal

Fragebogen zur ernährungsmedizinischen Beratung

Alle von Ihnen gemachten Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Geb. Datum: _____

E-mail Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Aktuelles Gewicht: _____ kg

Aktuelle Größe: _____ cm

Höchstgewicht : _____ kg wann: _____

Wunschgewicht: _____ kg

Bauchumfang: _____ cm

Gewichtsverlauf im Laufe des Lebens?

Erkrankungen in der blutsverwandten Familie:

Übergewicht

Diabetes

Bluthochdruck

erhöhte Blutfette

erhöhte Harnsäure/Gicht

Gallen-, Nierensteine

- Nierenschwäche
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Krebs
- Osteoporose (Knochenerweichung, Knochenbrüchigkeit)
- Sonstiges:

Eigene Erkrankungen:

- Diabetes
- Bluthochdruck
- erhöhte Blutfette
- erhöhte Harnsäure/Gicht
- Gallen-, Nierensteine
- Nierenschwäche
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Krebs
- Asthma
- Schlafapnoe Syndrom
- Leberverfettung
- Schilddrüsenfehlfunktionen
- Erkrankungen des Bewegungsapparates
- Osteoporose (Knochenerweichung, Knochenbrüchigkeit)
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- Allergie
- Magen-Darm-Erkrankung
- Sonstiges:

Vegetative Anamnese:

Appetit: normal wenig sehr viel Heißhunger Verdauung: keine Probleme Verstopfung Durchfall

Wasserlassen: 0 Keine Probleme 0 Schmerzen 0 Nachts häufig

Durchgeführte Operationen:

Art der Operation	Wann

Eigene Medikamente, Dosierung:

Medikament und Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Welche Vitamine oder Nahrungsergänzungen nehmen Sie ein?

--

Darmspiegelung zur Krebsvorsorge ja nein

Wenn „ja“, wann: _____

Rauchen Sie: ja nein , wenn „ja“ wieviel pro Tag _____ Stk und
seit wann _____

Alkohol: Bier Wein Sekt Spirituosen Cocktails Alkopops Wieviel pro

Tag/Woche:

Waren Sie schon einmal in psychologischer Mitbehandlung:

ja nein, wenn „ja“ wann und weswegen?: _____

Sozialanamnese:

alleinlebend

in Partnerschaft

zu versorgende Personen _____

Haben Sie Kinder? Ja Nein

Wenn „ja“ geben Sie bitte ihr Alter an

Erlerner Beruf: _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

überwiegend sitzende Tätigkeit

schwere körperliche Tätigkeit

Schichtarbeit

Psychisch belastende Tätigkeit

Treiben Sie Sport? ja nein

Sportart/ -en: _____

Wie häufig pro Woche? _____

Wie viele Minuten pro Mal? _____

Treten bei Bewegung Schmerzen/Atemnot auf? ja nein

Wenn "ja" welche und wo? _____

Anzahl der Versuche abzunehmen: _____

Wie haben Sie versucht abzunehmen:

- Kohlsuppendiät Ergebnis der Versuche:
- Weight Watchers Ergebnis der Versuche:
- Akupunktur Ergebnis der Versuche:
- Optifast /M.O.B.I.L.I.S. Ergebnis der Versuche:
- ärztliche Betreuung Ergebnis der Versuche:
- Ernährungsberatung Ergebnis der Versuche:
- Medikamente Ergebnis der Versuche:
- stationäre Kuren Ergebnis der Versuche:
- Sonstiges Ergebnis der Versuche:

Ist bei Ihnen eine bariatrische OP (Magenverkleinerung) durchgeführt worden/abgelehnt worden/geplant oder von Ihnen nicht gewünscht?

ja nein

Haben Sie Essanfälle?

ja nein

wenn "ja", wie häufig pro Woche:

Essgewohnheiten:

regelmäßig

unregelmäßig

spezielle Ernährung/Lebensmittel: _____

Nahrungsmittel Unverträglichkeiten: _____

Ihre Ziele/eigenen Erwartungen an die Ernährungsberatung:

Vielen Dank!