

Fragebogen zur Erstellung eines individuellen Ernährungsplans

- Ergänzung zu Anamnesebogen -



Naturheilpraxis agape lifestyle Sabine Becker & Partner

Stefanie Dellinger • Ganzheitliche Ernährungsberaterin

Wittelsbacherstr. 2/2.OG • 82319 Starnberg

Mail: stefanie.dellinger@agape-lifestyle.de

Tel: 0151-42852735

Liebe Klient(in), liebe Patient(in),

In der holistischen Ernährungsberatung ist eine ausführliche Analyse Ihrer Ernährungsweise, Ihres Lebensstils sowie Ihres Gesundheitszustandes von elementarer Bedeutung.

Diese ganzheitliche Betrachtung ermöglicht es mir, Zusammenhänge und Ursachen in der Ernährung für Ihre Beschwerden aufzuspüren und Ihnen eine Ernährungsberatung anzubieten, die ganz auf Ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist.

Meine Analyse basiert auf Ihren Angaben in diesem Fragebogen sowie dem Anamnese-Fragebogen der NHP agape lifestyle.

Ich freue mich schon jetzt darauf Sie bei Ihrer Ernährungsumstellung zu begleiten.

Ihre,

Stefanie Dellinger

KLIENT/IN PATIENT/IN

Vorname

Name

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

KÖRPERLICHE ANGABEN

Größe cm Gewicht kg

Tailienumfang cm Schlafdauer Stunden

Beruf Std/Woche

Wodurch 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?

*Details siehe allgemeiner Anamnese-Bogen der NHP agape lifestyle

- Allergie/n _____

- Nahrungsmittelintoleranzen
 - Gluten
 - Histamin
 - Laktose
 - Sorbit
 - Fruktose
 - Glutensensitivität
- Blutdruck ○ zu niedrig ○ zu hoch Wert:
- Cholesterin ○ zu niedrig ○ zu hoch Wert:
- Diabetes
- Hautprobleme _____
- Kopfschmerzen _____
- Migräne _____
- Magenprobleme _____
- Darmprobleme ○ Blähungen ○ Verstopfung ○ Durchfall
○ Sonstige _____
- Müdigkeit
- Pilzinfektion (z.B. Dampilz, Genitalpilz, Nagelpilz, Hautpilz)
- Rheuma
- Gicht
- Arthrose
- Rückprobleme
- Schilddrüse ○ Überfunktion ○ Unterfunktion
○ Morbus Hashimoto ○ Morbus Basedow
- Osteoporose
- Infektanfälligkeit
- Schlafstörungen
- Sonstige

Welches ist Ihr Hauptproblem?

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

Welche Gesichts- bzw. Körperpflegeprodukte verwenden Sie?

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

Nehmen Sie derzeit Hormone (z.B. Pille) ein? Wenn ja welche und seit wann?

.....
.....

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

.....
.....
.....

Nehmen Sie Nahrungsergänzungen ein? Wenn ja, welche?

.....
.....
.....

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

.....
.....

Treiben Sie Sport? Wie oft pro Woche?

.....
.....

Ernähren Sie sich...

- Mischkost
- Vegan
- Vegetarisch
- Rohköstler
- ketogen
- fettarm
- glutenfrei
- Sonstige _____

Haben Sie Ihre Ernährung bereits umgestellt? Wann und was haben Sie verändert?

Haben Sie eine Abneigung gegen bestimmte Lebensmittel?

Auf welche Lebensmittel können Sie keinenfalls verzichten?

Welche Öle und Fette verwenden Sie? Angabe: Verzehr/Verwendung: kalt oder erhitzt?

- Ich koche selbst Frühstück Mittagessen Abendessen
- Ich werde bekocht Frühstück Mittagessen Abendessen

Essen Sie Mittags in der Kantine, Gaststätte oder anderswo?

- Verwenden Sie: Mikrowelle Süßstoff Lightprodukte

Kauen Sie Kaugummi? Anzahl/Tag: _____ zuckerfrei

Welche Küchen Geräte besitzen Sie?

- Mixer Pürierstab Thermomix Entsafter Küchenmaschine
- Dampfgarer Sonstige _____

FRÜHSTÜCK

Um welche Uhrzeit frühstücken Sie? _____

Was frühstücken Sie und in welcher Menge?

Favorisieren Sie auf Ihr Brot

- Butter
- Margarine

Essen Sie ihr Müsli (ggf.)

- mit Zucker
- ohne Zucker
- mit Früchte
- ohne Früchte

Verwenden Sie für Ihr Müsli

- Joghurt
- Kuhmilch
- pflanzliche Milch
- Welche? _____

Trinken Sie morgens

- Bohnenkaffee Menge _____
- Getreidekaffee Menge _____
- Tee Menge _____
- Säfte Menge _____

Was essen Sie zwischen dem Frühstück und dem Mittagessen?

MITTAGESSEN

Um welche Uhrzeit essen Sie zu Mittag?

Was essen Sie Mittags	Und wie oft pro Woche?	z.B. in Form von
<input type="checkbox"/> Kartoffeln
<input type="checkbox"/> weißer oder vollwertiger Reis
<input type="checkbox"/> anderes Getreide
<input type="checkbox"/> Brot
<input type="checkbox"/> Hülsenfrüchte
<input type="checkbox"/> Gemüse
<input type="checkbox"/> Obst
<input type="checkbox"/> Käsegerichte
<input type="checkbox"/> Eiergerichte
<input type="checkbox"/> Milchprodukte
<input type="checkbox"/> Fleisch
<input type="checkbox"/> Fisch
<input type="checkbox"/> Tofu
<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Salat		

Essen Sie den Salat vor während oder nach dem Essen?

Mit welchem Dressing? Essig/Öl Joghurt- Sahnedressing

Welches Gemüse mögen Sie gar nicht?

.....
.....

Was essen Sie zwischen dem Mittagessen und dem Abendessen?

.....
.....

ABENDESSEN

Um welche Uhrzeit essen Sie zu Abend?

Was essen Sie Abends	Und wie oft pro Woche?	z.B. in Form von
<input type="radio"/> Brot
<input type="radio"/> Wurst
<input type="radio"/> Käse
<input type="radio"/> Salat
<input type="radio"/> Milchprodukte
<input type="radio"/> Obst
<input type="radio"/> Kartoffeln
<input type="radio"/> Nudeln
<input type="radio"/> Reis
<input type="radio"/> Fleisch
<input type="radio"/> Fisch
<input type="radio"/> Eier
<input type="radio"/> Tofu
<input type="radio"/> Gemüse
<input type="radio"/> Sonstige

Was essen Sie zwischen dem Abendessen und dem Zubettgehen?

.....
.....

TRINKGEWOHNHEITEN

Was trinken Sie?	Und wie viel am Tag?
<input type="radio"/> Kaffee
<input type="radio"/> Tee <input type="radio"/> Sorte
<input type="radio"/> Softgetränke
<input type="radio"/> gesüßte Getränke
<input type="radio"/> kohlenensäurehaltiges Wasser
<input type="radio"/> stilles Wasser
<input type="radio"/> Leitungswasser
<input type="radio"/> Alkohol
	Wein
	Bier
	Sonstige

Was möchten Sie mir zusätzlich gerne noch mitteilen?

.....
.....
.....

Welche Besonderheiten fallen Ihnen ein?

.....
.....
.....
.....

Ihre Ernährungsberatung im Wert von 249 € beinhaltet: ein Erstgespräch, die Analyse des Fragebogens, sowie die Erstellung eines individuellen Ernährungsplanes inkl. Rezepten sowie weitere Empfehlungen für Ihre Ernährungsumstellung im Rahmen von 6-8 Wochen. Weitergehende Beratungsleistungen werden nach Rücksprache auf einer Stundenbasis in Höhe von 90,00 € abgerechnet.

In Rechnung werden unsere Gesprächszeiten sowie die separat erbrachten Ausarbeitungszeiten gestellt. Mögliche Ziffern des GebÜH finden ihre Anwendung falls Sie eine PKV oder ZKV haben oder Sie erhalten eine Selbstzahlerrechnung.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Beratungsleistung entweder Teil der Therapie der NHP agape lifestyle Sabine Becker & Partner ist oder ausschließlich der Prävention dient. Die Ernährungsberatung alleine ist keine separate Therapieform und Ihre Teilnahme sowie der Erfolg ist von meiner eigenen Verantwortung abhängig.

Im Rahmen meiner Beratung und Behandlung bin ich nach den Richtlinien der DSGVO über den Austausch mit der NHP agape lifestyle Sabine Becker & Partner informiert und einverstanden.

Ort, Datum und Unterschrift

.....