

Fragebogen zur Erstellung eines individuellen Ernährungsplans

- Ergänzung zu Anamnesebogen -

Naturheilpraxis agape lifestyle Sabine Becker & Partner

Ganzheitliche Ernährungsberatung

Wittelsbacherstr. 2/2.OG • 82319 Starnberg

Mail: info@agape-lifestyle.de

Tel: 0170-4131239



Liebe Patient*in,

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

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

Unsere Analyse basiert auf Ihren Angaben in diesem Fragebogen sowie dem Anamnesebogen der NHP agape lifestyle.

Wir freuen uns schon jetzt darauf Sie bei Ihrer Ernährungsumstellung zu begleiten.

NHP agape lifestyle Sabine Becker & Partner

KLIENT/IN PATIENT/IN

Vorname _____

Name _____

Telefon _____

E-Mail _____

Sie erhalten in unserer individuellen Ernährungsberatung ein Erstgespräch mit Auswertung Ihrer Aufzeichnungen sowie die Erstellung eines individuellen Ernährungsplanes. Dieser ist für 7 Tage / 2 Personen ausgestellt.

Dazu wird eine Einkaufsliste angefertigt, damit Sie hier wissen, wann Sie wieviel Lebensmittel kaufen sollten, um keinen Stress mit der Vorbereitung zu haben.

Alle Rezepte und auch weiteren Empfehlungen sind in Absprache mit der behandelnden Heilpraktikerin, der Praxisleitung Fr. Sabine Becker und auf Sie persönlich ausgerichtet. So steht dem Gelingen Ihrer Ernährungsumstellung nichts mehr im Wege.

Die Abrechnung erfolgt nach Zeitaufwand zu Gesprächszeiten und separat erbrachten Ausarbeitungszeiten auf einer Stundenbasis von 120 €/h. Mögliche Ziffern des GebüH finden ihre Anwendung, falls Sie eine PKV oder ZKV haben oder Sie erhalten eine Selbstzahlerrechnung.

Wir wünschen Ihnen schon viel Erfolg. Sie schaffen den grossen Schritt und werden Ihre Gesundheit dadurch festigen bzw. neu definieren können.

Ihre Ziele:

KÖRPERLICHE ANGABEN

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Tailienumfang: _____ cm

Schlafdauer _____ Stunden

Beruf: _____

Std/Woche _____

Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Was erhoffen Sie sich von unserer Ernährungsberatung?

FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEITLICHEN SITUATION

Sind Sie in Behandlung der NHP agape lifestyle? Wurde die Ernährung dort schon thematisiert?

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

*Details siehe Anamnese-Bogen.

<input type="checkbox"/> Allergie/n					
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelintoleranzen					
<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Histamin	<input type="checkbox"/> Laktose			
<input type="checkbox"/> Sorbit	<input type="checkbox"/> Fruktose	<input type="checkbox"/> Glutensensitivität			
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> zu niedrig	<input type="checkbox"/> zu hoch	Wert:	Wert:	Wert:
<input type="checkbox"/> Cholesterin	<input type="checkbox"/> zu niedrig	<input type="checkbox"/> zu hoch	Wert:	Wert:	Wert:
<input type="checkbox"/> Diabetes					
<input type="checkbox"/> Hautprobleme					
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen					
<input type="checkbox"/> Migräne					
<input type="checkbox"/> Magenprobleme					
<input type="checkbox"/> Darmprobleme	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Sonstige	
<input type="checkbox"/> Müdigkeit					
<input type="checkbox"/> Pilzinfektion (z.B. Darnpilz, Genitalpilz, Nagelpilz, Hautpilz)					
<input type="checkbox"/> Rheuma					
<input type="checkbox"/> Gicht					
<input type="checkbox"/> Arthrose					
<input type="checkbox"/> Rückprobleme					
<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Überfunktion	<input type="checkbox"/> Unterfunktion			
<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Morbus Hashimoto	<input type="checkbox"/> Morbus Basedow			
<input type="checkbox"/> Osteoporose					
<input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit					
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen					
<input type="checkbox"/> 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 weitere Medikamente (außer von Fr. Becker) / Nahrungsergänzungen ein?
Wenn ja, welche und seit wann? (gerne separates Blatt nutzen)

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

Treiben Sie Sport?

Sportart _____
Sportart _____
Sportart _____

Wie oft pro Woche?
Wie oft pro Woche?
Wie oft pro Woche?

FRAGEN ZU IHRER ERNÄHRUNGSWEISE

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 keinesfalls 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 _____

DERZEITIGE ERNÄHRUNGSWEISE

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 Milche Welche?

Trinken Sie morgens

- Bohnenkaffee Menge Tee Menge
- Getreidekaffee 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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kartoffeln | <input type="checkbox"/> Eiergerichte |
| <input type="checkbox"/> weißer oder vollwertiger Reis | <input type="checkbox"/> Milchprodukte |
| <input type="checkbox"/> anderes Getreide | <input type="checkbox"/> Fisch |
| <input type="checkbox"/> Brot | <input type="checkbox"/> Fleisch |
| <input type="checkbox"/> Hülsenfrüchte | <input type="checkbox"/> Fisch |
| <input type="checkbox"/> Gemüse | <input type="checkbox"/> Tofu |
| <input type="checkbox"/> Obst | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Käsegerichte | |

Essen Sie den Salat vor während oder nach dem Essen?

Mit welchem Dressing?

- Salat 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?

Und wie oft pro Woche

Was essen Sie Mittags

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Brot | <input type="radio"/> Reis |
| <input type="radio"/> Wurst | <input type="radio"/> Fleisch |
| <input type="radio"/> Käse | <input type="radio"/> Fisch |
| <input type="radio"/> Salat | <input type="radio"/> Eier |
| <input type="radio"/> Milchprodukte | <input type="radio"/> Tofu |
| <input type="radio"/> Obst | <input type="radio"/> Gemüse |
| <input type="radio"/> Kartoffeln | <input type="radio"/> Sonstige |
| <input type="radio"/> Nudeln | |

Was essen Sie zwischen dem Abendessen und dem Zubettgehen?

TRINKGEWOHNHEITEN

Was trinken Sie? Sorte

Wie viel am Tag?

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Kaffee | |
| <input type="radio"/> Tee | |
| <input type="radio"/> Softgetränke | |
| <input type="radio"/> gesüßte Getränke | |
| <input type="radio"/> kohlenensäurehaltiges Wasser | |
| <input type="radio"/> stilles Wasser | <input type="radio"/> Wein |
| <input type="radio"/> Leitungswasser | <input type="radio"/> Bier |
| <input type="radio"/> Alkohol | <input type="radio"/> Sonstige |

Was möchten Sie uns zusätzlich noch mitteilen? Welche Besonderheiten fallen Ihnen noch ein?

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.

Datum und Unterschrift