

Aufnahmebogen

Bitte füllen Sie den Aufnahmebogen so genau wie möglich aus.

Allgemeine Angaben zur Person:	
Name:	
Email / Telefonnummer für evtl. Rückfragen:	
Geburtsdatum:	
Berufliche Tätigkeit:	
Familie, Kinder:	
Größe:	
Gewicht:	
Raucher:	☐ Nichtraucher ☐ Gelegentlich ☐ ca. _____ Zigaretten am Tag

Angaben zum Gesundheitszustand:	
Sind Krankheiten bekannt? Wenn ja, welche? (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Rücken- oder Gelenkschmerzen)	
Werden diese bereits behandelt? Falls ja, nehmen Sie Medikamente oder besteht ein anderer Behandlungsansatz?	
Hatten Sie in der Vergangenheit schwerwiegende Operationen? Wann ja, welche?	

Bisher durchgeführte Diäten:	Wann und mit welchem Erfolg?

Beruflicher Stressfaktor	☐ niedrig ☐ mittel ☐ hoch
Privater Stressfaktor	☐ niedrig ☐ mittel ☐ hoch
Schlafstörungen	☐ ich wache in der Nacht auf ☐ ich schlafe schlecht ein ☐ ich habe einen unruhigen Schlaf ☐ ich habe belastende Träume
Leiden Sie unter Verdauungsproblemen?	☐ nein ☐ Durchfall ☐ Verstopfungen ☐ Blähungen
Wie fühlen Sie sich?	☐ übergewichtig ☐ normalgewichtig
Woran könnte das Ihrer Meinung nach liegen?	☐ zu viele Kalorien ☐ Süße Getränke ☐ Fast Food ☐ Kantinenessen ☐ zu viele Süßigkeiten ☐ zu späte Mahlzeiten ☐ unregelmäßige Mahlzeiten ☐ Heißhunger ☐ Essstörung ☐ Alkohol ☐ Stress ☐ Wechseljahre

Fragen zur Ernährung und Lebensstil	
Wie viele Mahlzeiten essen Sie täglich?	
Lassen Sie Mahlzeiten aus? Wenn ja, welche?	
Essen Sie gerne süß? Wenn ja, was?	
Welche Getränke (Wasser, Kaffee, Tee, Softgetränke, Alkohol) nehmen sie regelmäßig zu sich? Wie viel Liter pro Tag?	

Haben Sie eine Lebensmittelallergie bzw. Unverträglichkeiten?	☐ Laktose ☐ Gluten ☐ Nüsse _____ ☐ Histamin ☐ Zitrusfrüchte ☐ _____
Wie ernähren Sie sich?	☐ Mischkost ☐ Vegetarisch ☐ Vegan
Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? (z.B. Vitamine, Mineralstoffe, Proteine)	

Wie verteilen sich ihre täglichen Aktivitäten in Stunden?	Arbeitstag auf 24 Stunden	Freizeit auf 24 Stunden
Schlafen - keine Bewegung		
Sitzend – Büroarbeit, lesen		
Gehen oder Stehen - Haushalt, Einkauf		
Moderate Bewegung – Spaziergänge, Gartenarbeit, Beruf		
Hohe Bewegung – Sport		

Sportliche Aktivitäten:	
Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, wie oft und was?	

Was essen sie täglich? Wenn möglich mit Zeitangabe	Arbeitstag	Freizeit
Frühstück		
Zwischenmahlzeit		
Mittags		
Zwischenmahlzeit		
Abends		
Am späten Abend		
Sonstige		

Sonstige Informationen, die wir beachten müssen:

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------