



Diätologin Martina Wanke, BSc

Sehr geehrte Klientin/Patientin,
Sehr geehrter Klient/Patient,

bitte füllen Sie dieses Formular vor Ihrem diätologischen Beratungsgespräch sorgfältig aus.
Bitte markieren Sie die Felder, die Sie nicht ausfüllen können mit einem „X“. Wir werden diese
Felder anschließend gemeinsam während des Beratungsgesprächs ausfüllen.

Vielen Dank, Ihre Diätologin.

Angaben zur Person

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Adresse: _____

Versicherungsnummer: _____ Krankenkasse: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Wohnsituation:

alleinlebend Familie/Partnerschaft Wohngemeinschaft

Anthropometrische Daten

Körpergröße:	
Aktuelles Gewicht:	
Gewicht zu/abnehmend seit:	
Gewicht konstant seit:	
Taillenumfang:	
BMI:	

Ergänzende therapierrelevante Daten

Ihre Diagnose(n) lt. ärztl. Zuweisung:

Weitere Vorerkrankungen:

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (bitte geben Sie den Namen der Medikamente an)?

Welche Vitamin- Mineralstoffsupplemente nehmen Sie ein?

Welche Intoleranzen/Allergien bestehen bei Ihnen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz | <input type="checkbox"/> Fruktosemalabsorption |
| <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz | <input type="checkbox"/> Zöliakie/Glutensens. |
| <input type="checkbox"/> Kuhmilcheiweißallergie | <input type="checkbox"/> Hühnereiweißallergie |
| <input type="checkbox"/> Nuss/Samenallergie | <input type="checkbox"/> Sojaallergie |
| <input type="checkbox"/> Fisch/Schalentierallergie | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | |

Bewegungsverhalten (Sportart, Zeitaufwand etc.):

Food-Frequency-Questionnaire

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie die jeweiligen Lebensmittelgruppen konsumieren.

Lebensmittel	Nie bzw. weniger als 1x / Woche	1 x pro Woche	2-4 x pro Woche	5-6 x pro Woche	mehrmals täglich
Flüssige Milch/Milchprodukte					
Käse					
Fleisch					
Wurst					
Fisch					
Eier					
Hülsenfrüchte					
Obst					
Gemüse					
Vollkornprodukte (Vollkornbrot, Vollkornnudeln, Nurreis...)					
Weißmehlprodukte (Weißbrot, Nudeln, Reis...)					
Süße Getränke (Energy Drinks, Fruchtsäfte etc.)					
Knabbereien					
Süßigkeiten					
Alkoholische Getränke					

Ernährung

1. Wie viel Flüssigkeit trinken Sie täglich? (Wasser, Tee, Kaffee, Limonaden etc.)

2. Wer kocht zu Hause und wer geht einkaufen?

3. Wie oft gehen Sie pro Woche auswärts essen?

4. Verspüren Sie ein Hungergefühl? ja nein
5. Verspüren Sie ein Sättigungsgefühl? ja nein
6. Essen Sie bis zu einem unangenehmen Völlegefühl? ja nein
7. Wird während einer nachgegangenen Tätigkeit gesnackt (fernsehen, lesen, arbeiten am PC)? ja nein
8. Essen Sie mehr, wenn Sie traurig/ gestresst sind? ja nein
9. Haben Sie Probleme mit der Verdauung? ja nein
Wenn ja, welche? _____
10. Erfolgten bereits Diätversuche? ja nein
Wenn ja, welche? _____
11. Hatten Sie bereits eine Ernährungsberatung? ja nein
12. Ziel/ Wunsch der Beratung: _____