

leichtheit.ch

ganzheitliche Ernährungsberatung

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur Person:** | | | | |
| **Name:** | **Vorname:** | | | **männlich:**  **weiblich:** |
| **Adresse:** | | | | |
| **Tel:** | | **Email:** | | |
| **Geburtsdatum:** | **Körpergrösse:**      cm | | | **Gewicht:**      kg |
| **Krankenkasse:** | | | **Zusatzversicherung:** Nein / Ja | |

Bitte den Fragebogen digital ausfüllen und bis spätestens 2 Tage vor dem Beratungstermin per Mail an info(at)leichtheit.ch schicken. Vielen Dank.

|  |
| --- |
| **Lebenssituation:** |
| **Ihre berufliche Tätigkeit:** |
| **Körperliche Bewegung** Art/Anzahl Std. pro Woche**:**  **Sport** Art/Anzahl Std. pro Woche**:** |
| **Wo essen Sie gekochte Mahlzeiten:** |
| **Kochen Sie zu Hause:** |
| **Qualität der Lebensmittel die Sie einkaufen:** |
| **Sind Sie mit Ihrer Lebenssituation zufrieden, fühlen Sie sich wohl?**  Nein **/** ja **/** es geht so |

|  |
| --- |
| **Fragen zur Gesundheit:** |
| **Liegt bei Ihnen eine vom Arzt diagnostizierte Krankheit vor?**  Nein **/** jawenn ja welche? |
| **Leiden Sie unter Allergien/Unverträglichkeiten?** (z.B. Heuschnupfen, Laktoseintoleranz und ähnliches)  Nein **/** jawenn ja welche? |
| **Leiden Sie oft unter Erkältungen/Infektionen/Grippe?**  Nein **/** jawenn ja wie oft? |
| **Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?** (z.B. Aspirin oder ähnliches)  Nein **/** jawenn ja welche? |
| **Nehmen sie pflanzliche Heilmittel ein?** (z.B. Homöopathische Globuli oder ähnliches)  Nein **/** jawenn ja welche? |
| **Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?** (z.B. Vitamin-C, FitLine oder ähnliches)  Nein **/** jawenn ja welche? |
| **Leiden Sie unter Befindlichkeitsstörungen?**  Nein  / ja  wenn ja welche:  Schlaf:  Verdauung:  Kreislauf:  Müdigkeit/Energietief/Übelkeit:  Anderes:  **Falls ja, treten diese Befindlichkeitsstörungen zu einer bestimmten Tageszeit auf?**  Nach einer Mahlzeit:  Zu einer bestimmten Uhrzeit:  **Bemerkung:** |
| **Sind Sie nach körperlichen- oder geistigen Anstrengungen leicht erschöpft?**  Nein **/** ja/ Beschreibung: |
| **Leiden Sie häufig unter Stress oder Leistungsdruck?**  Nein **/** ja/ Beschreibung: |
| **Rauchen Sie?**  Nein **/** jawenn ja wie viele Zigaretten pro Tag? |
| **Trinken Sie Alkohol?**  Nein **/** jawenn ja wie häufig?     pro Woche |

|  |
| --- |
| **Fragen zu Ihrer Ernährung:** |
| **Essen Sie regelmässig?**  ja, ich esse immer zu bestimmten Uhrzeiten  Nein, ich esse, wenn ich hungrig bin  mal so und mal so |
| **Wie viele Mahlzeiten essen Sie pro Tag?**  ich esse 3x täglich  ich esse 5x täglich  ich esse tagsüber fast gar nicht und esse stattdessen abends  ich bin dauernd am essen, auch zwischendurch  sonstiges: |
| **Welches ist Ihre Lieblingsmahlzeit?**  Morgenessen  Mittagessen  Abendessen |
| **Was essen Sie besonders gerne?** |
| **Was essen Sie gar nicht gerne?** |
| **Wie viele Liter trinken Sie pro Tag?** |
| **Was trinken Sie am liebsten?** |
| **Was trinken Sie gar nicht gerne?** |
| **Haben Sie oft ein Durstgefühl?** |
| **Wie häufig essen Sie Obst?**      mal pro Woche  **Welche Obstsorten schmecken Ihnen am besten?** |
| **Wie häufig essen Sie Gemüse?**      mal pro Woche  **Welche Gemüsesorten schmecken Ihnen am besten?** |
| **Essen Sie eher weisse- oder Vollkornprodukte?**  eher weissen Reis und Weissmehl-Produkte  eher Vollkornprodukte  mal so und mal so… |
| **Wie oft essen oder trinken Sie Milchprodukte?**  nie  täglich       mal pro Woche |
| **Welche Milchprodukte essen oder trinken Sie?** |
| **Wie oft essen Sie Fleisch?**  nie  täglich       mal pro Woche |
| **Welche Fleischsorten essen Sie?** |

|  |
| --- |
| **Wie oft essen Sie Fisch?**  nie  täglich       mal pro Woche |
| **Welche Fischsorten essen Sie?** |
| **Wie oft essen Sie Süssigkeiten?**  nie  täglich       mal pro Woche |
| **Welche Süssigkeiten essen Sie?** |
| **Welche Art von Fertigprodukten essen/verwenden Sie?**  keine  Pizza oder andere Tiefkühlprodukte  Fertigmenus für Mikrowelle oder Backofen  Sossenbinder und andere Hilfsmittel  Schnellkoch-Produkte wie Fixreis oder ähnliches  sonstiges |
| **Wie oft essen Sie Fertigprodukte?**  nie  täglich       mal pro Woche |
| **Wie oft essen Sie Fast Food?** (Hamburger, Kebab, Dürüm, Hot Dog, Take Away und ähnliches)  nie       pro Woche  gelegentlich; genauer: |
| **Welche Öle verwenden Sie für die Zubereitung von Speisen?**  ich verwende keine Öle  ich verwende folgende Öle  ich verwende andere Fette, nämlich |
| **Welche Gewürzmischungen verwenden Sie?** (Aromat, Maggi, Bouillon Würfel und ähnliches) |
| **Verwenden Sie Zucker zur Zubereitung von Speisen?**  nein, ich brauche so gut wie nie Zucker  ja,      mal pro Woche  Welche Art von Zucker? |
| **Trinken Sie Kaffee?**  nein  ja, und zwar       Tassen pro Tag (Anzahl)  wenn ja, wie trinken Sie ihren Kaffee? |
| **Trinken Sie Tee?**  nein  ja, und zwar       Tassen am Tag (Anzahl)  wenn ja, welchen Tee? |
| **Essen Sie oft, ohne Hunger zu verspüren?**  nein  ja  manchmal |

|  |
| --- |
| **Bei Übergewicht:** |
| **Wie hat sich ihr Gewicht in den letzten Jahren verhalten:** |
| **Haben sie Erfahrung mit Diäten?** |

|  |
| --- |
| **Fragen zum Beweggrund, eine Ernährungsberatung durchführen zu lassen:** |
| **Aus welchem Grund möchten Sie sich beraten lassen?**      ich möchte abnehmen,      kg |
| **Welche Erwartungen stellen Sie an die Beratung? Was ist Ihr Ziel?** |
| **Bemerkungen:** |

**Tagesprotokoll für 3 Tage:**

Bitte protokollieren Sie für 3 Tage was Sie essen, was Sie trinken, Ihr Wohlbefinden dabei und die dazugehörige Uhrzeit. Wählen Sie dazu zwei Tage unter der Woche und einen Tag am Wochenende aus. Das Protokoll soll repräsentativ und nicht beschönigt sein, damit wir einen guten Überblick bekommen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tag 1/Datum:** | | | |
| **Uhrzeit:** | **Was/wie viel:** | **In welcher Situation haben Sie gegessen** (z.B. nebenbei, am Tisch sitzend)**:** | **Wie fühlen Sie sich während des Essens?**  **Nach dem Essen?** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tag 2/Datum:** | | | |
| **Uhrzeit:** | **Was/wie viel:** | **In welcher Situation haben Sie gegessen** (z.B. nebenbei, am Tisch sitzend)**:** | **Wie fühlen Sie sich während des Essens?**  **Nach dem Essen?** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tag 3/Datum:** | | | |
| **Uhrzeit:** | **Was/wie viel:** | **In welcher Situation haben Sie gegessen** (z.B. nebenbei, am Tisch sitzend)**:** | **Wie fühlen Sie sich während des Essens?**  **Nach dem Essen?** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Bemerkung:

Bitte den Fragebogen digital ausfüllen und bis spätestens 2 Tage vor dem Beratungstermin per Mail an info(at)leichtheit.ch schicken.

Klären Sie bei Ihrer Krankenkasse ab, ob Ihre Zusatzversicherung die Kosten für die Ernährungsberatung abdeckt. Mehr Infos dazu auch im Link „Krankenkassen Anerkennung“.

Michèle Baumann | Lärchengartenstrasse 1 | 4127 Birsfelden | info(at)leichtheit.ch