

## Liebe Klientin! Lieber Klient!

Ich freue mich, dass Sie sich entschlossen haben, einen wertvollen Schritt für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden zu unternehmen! Gerne unterstütze ich Sie dabei! Mir ist es mit diesem Check möglich, in kurzer Zeit ein ganz auf Ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Programm zu entwickeln. Gleichzeitig hilft Ihnen der Fragebogen, um sich selbst, Ihren Lebensstil und Ihre Bedürfnisse ein wenig besser kennen zu lernen.

**WICHTIG: Alle von Ihnen erhaltenen Daten unterliegen der fachinternen Schweigepflicht, werden vertraulich behandelt und dürfen an keine/n Dritte/n weitergegeben werden.**

Ersttermin:

Folgetermine: kurz: 30 min...35€, mittel: 45 min...50€, lang: 60 min...70€

(Mehraufwand wird 2 € / min verrechnet)

Folgenden Zahlungsmodus können Sie wählen:

Barzahlung     Überweisung

**ACHTUNG:** Können Sie einen vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnehmen, bitte ich Sie herzlichst, dies mindestens 3 Tage vorher mitzuteilen (Mo-Fr 8.00-18.00). Bei Nichterscheinen ohne rechtzeitige Abmeldung eines Behandlungstermins fallen Stornogebühren an!

<b>Titel, Familienname, Vorname:</b>			
<b>Straße, Hausnummer:</b>			
<b>PLZ, Ort:</b>			
<b>E-Mail Adresse:</b>			
<b>Telefon / Mobil:</b>			
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Körpergröße</b>	<b>cm</b>
<b>Krankenkasse:</b>		<b>Krankenversicherungs-Nr.:</b>	
<b>Hausarzt / Hausärztin:</b>			

### Welche Erkrankungen & Diagnosen haben Sie? (Diagnosedatum und DiagnosestellerIn)

<i>Erkrankung – Diagnose</i>	<i>Datum, Arzt – Ärztin / Krankenhaus</i>

### Welche Allergien & Unverträglichkeiten haben Sie? (Diagnosedatum und DiagnosestellerIn)

<i>Allergie - Unverträglichkeit</i>	<i>Datum, Arzt – Ärztin / Krankenhaus</i>

**Alle Angaben zu meiner Gesundheit von Seite 1 – 8 entsprechen meinem aktuellen Wissensstand! Ich erkläre mich mit den obigen Beratungsbedingungen für einverstanden.**

Ort, Datum:

Unterschrift:

### 1. Welche Erkrankungen & Diagnosen haben Sie? (Diagnosedatum und DiagnosestellerIn)

Medikament...	Zweck der Einnahme

### 2. Welche Vitamine oder anderen Präparate nehmen Sie ein?

Vitamine / Präparate...	Zweck der Einnahme

### 3. Was sind Ihre Wünsche?

- Körperfettreduktion, mein Wunschgewichtsbereich ist: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ kg
- Gewichtszunahme, mein Wunschgewichtsbereich ist: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ kg
- Leistungssteigerung
- Verbesserung von Wohlbefinden
- Muskelaufbau
- Linderung von Beschwerden: \_\_\_\_\_
- Sonstige Ziele: \_\_\_\_\_

### 4. Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? Wer hat mich empfohlen?

- Internet     Arzt / Ärztin / TherapeutIn: \_\_\_\_\_     Bekannte     Sonstiges

### 5. An welche ÄrztInnen /TherapeutInnen darf ich die diätologische Befundung KOSTENLOS schicken? (Name, Ort, Mail oder Fax, falls bekannt)

**6. Bitte nennen Sie mir Ihre berufliche Tätigkeit: (Damit kann ich optimal auf Ihre Situation eingehen)**

Arbeitszeiten: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

unregelmäßig

**7. Haushalt: Leben Sie...**

- alleine       Wohngemeinschaft       Sonstiges:  
 mit Partner\*in       mit Partner\*in und \_\_\_ Kindern       ohne Partner\*in und \_\_\_ Kindern

**8. Schlafqualität:**

- Ich schlafe sehr gut und tief und bin am nächsten Tag gut erholt.  
 Ich schlafe schwer ein.  
 Ich habe Schlafstörungen.  
 Ich muss öfters nachts zur Toilette.  
 Ich werde nachts wach und habe  Hungergefühle und / oder  Durst.

**9. Rauchen Sie?**

- nein, ich habe noch nie geraucht.  
 nein, ich war aber Raucher\*in: \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag über \_\_\_\_\_ Jahre.  
 ja, pro \_\_\_\_\_ ca.: \_\_\_\_\_ Zigaretten.

**10. Ihr Wohlbefinden: Wie fühlen Sie sich?**

in den letzten 2 Wochen...	immer	meistens	etwas mehr als 50% der Zeit	etwas weniger als 50% der Zeit	ab und zu	nie
...war ich froh und guter Laune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich beim Aufwachen frisch & ausgeruht gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Haben Sie Magen-Darm-Beschwerden?**

	immer	meistens	etwas mehr als 50% der Zeit	etwas weniger als 50% der Zeit	ab und zu	nie
Blähbauch (Meteorismus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blähungen (mit Abgang von Darmgasen – Pufzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchkrämpfe, Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen, Reflux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Leiden Sie unter Bauchbeschwerden und Unwohlsein?**  ja  nein

Wenn ja, leiden Sie unter Bauchschmerzen oder Unwohlsein bzw. Missempfindungen im Bauch ...

- an mindestens **3 Tagen pro Monat** in den letzten **3 Monaten**  
 begannen die Symptome vor **mindestens 6 Monaten**  
 mit mindestens 2 der folgenden Zeichen:

- Die Beschwerden bessern sich nach dem Stuhlgang.  
 Häufigkeit des Stuhlgangs hat sich seit Beginn der Beschwerden geändert.  
 Form und Aussehen des Stuhls haben sich seit Beginn der Beschwerden geändert.

**13. Leiden Sie an Kopfschmerzen?**

- Sehr oft  Häufig  Manchmal  Selten  Nie

a. kennen Sie die Auslöser für Ihre Kopfschmerzen?

- zu wenig getrunken  Alkohol  
 für Frauen: hormonell: kurz vor der Menstruation  \_\_\_\_\_

**14. Leiden Sie unter Mundtrockenheit - einem trockenen Mund?**

- Sehr oft  Häufig  Manchmal  Selten  Nie

**15. Wie ist der Zustand Ihrer Haut – Haare – Nägel:**

a. Meine Haut ist...

- normal  trocken  fettig, unrein  
 langsam in der Wundheilung  empfindlich, neigt zu Ausschlägen

b. Mein Haar ist...

- normal  trocken, glanzlos, splissanfällig  Ich habe Haarausfall.  
(mind. 100 Haare pro Tag)

c. Meine Nägel sind...

- normal  brüchig  haben weiße Flecken

**16. Sport und Bewegung – Wie aktiv sind Sie?**

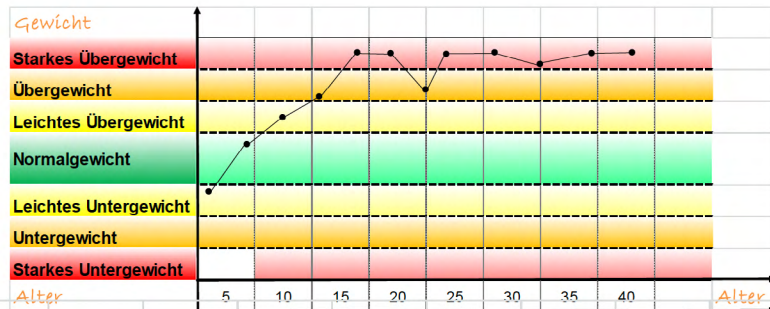
\_\_\_ x wöchentlich ca. ein Stundenausmaß von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ /Woche

- Ich mache keinen Sport oder Bewegung  Ich habe beruflich körperliche Arbeit

Sportart	Stundenausmaß pro Woche	Bemerkung

### 17. Ihre Gewichtskurve: Wie war Ihre bisherige Gewichtsentwicklung?

Zeichnen Sie bitte in der Grafik Ihre persönliche Gewichtskurve ein! Schreiben Sie jeweils das Alter unten dazu, in denen es größere Gewichtsschwankungen gegeben hat. Beispielgrafik:



Ihre Gewichtskurve:



### 18. Gibt es Lebensmittel, die Sie NICHT mögen oder ablehnen?

ja  nein

Wenn ja, welche Lebensmittel essen Sie NICHT?

- Fleisch   
  Fisch   
  Geflügel   
  Wurst   
  Innereien  
 \_\_\_\_\_

### 19. Wie viel Flüssigkeit trinken Sie ungefähr täglich? von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Liter

Getränke	täglich	wöchentlich	monatlich
Wasser	Liter	Liter	Liter
Mineralwasser, Soda	Liter	Liter	Liter
Tee	Tassen	Tassen	Tassen
Kaffee	Tassen	Tassen	Tassen
Softgetränke (Cola etc.)	Liter	Liter	Liter
Fruchtsäfte	Liter	Liter	Liter
Limonaden	Liter	Liter	Liter
Energie Drinks	Drinks	Drinks	Drinks
Sportgetränke	Drinks	Drinks	Drinks
Wein	Liter	Liter	Liter
Bier	Liter	Liter	Liter
Spirituosen	Drinks	Drinks	Drinks

**20. Wenn ich abends spät und viel esse, habe ich am nächsten Tag...**

- mehr Appetit wie sonst  
 weniger Hungergefühl  
 bemerke ich nichts

**21. Wenn ich frühstücke, habe ich den restlichen Tag...**

- mehr Appetit wie sonst  
 weniger Hungergefühl  
 bemerke ich nichts

**22. Essverhalten (Vergleichen Sie sich mit anderen ...)**

Mein übliches Verhalten	immer	meistens	etwas mehr als 50% der Zeit	etwas weniger als 50% der Zeit	ab und zu	nie
Ich esse langsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kaue meine Speisen gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme mir Zeit zum Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse bewusst und ohne Ablenkung (PC, Arbeitsplatz,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich genieße mein Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. Wann ist gewöhnlich Ihre Hauptmahlzeit?**

- Mittags       Abends       unterschiedlich

**24. Mahlzeitenfrequenz: Wie oft essen Sie täglich gewöhnlich?**

Frühstück	Vormittags	Mittagessen	Nachmittags	Abendessen	Später
<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> täglich
<input type="checkbox"/> jeden 2.Tag	<input type="checkbox"/> jeden 2.Tag	<input type="checkbox"/> jeden 2.Tag	<input type="checkbox"/> jeden 2.Tag	<input type="checkbox"/> jeden 2.Tag	<input type="checkbox"/> jeden 2.Tag
<input type="checkbox"/> seltener	<input type="checkbox"/> seltener	<input type="checkbox"/> seltener	<input type="checkbox"/> seltener	<input type="checkbox"/> seltener	<input type="checkbox"/> seltener
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie

**25. Was naschen / snacken Sie am häufigsten?**

---

**26. Wie groß sind Ihre Mahlzeiten? (im Vergleich zu anderen)**

- kleine Portion       normale Portion       große Portion

**26. Wie oft haben Sie Heißhungerattacken?**

- mehrfach täglich       täglich       mehrfach wöchentlich       wöchentlich       monatlich       nie

## 28. Ihr durchschnittlicher Verzehr von Lebensmitteln

Bitte kreuzen Sie an, wie häufig Sie welche Nahrungsmittel essen!

Häufigkeit	mehrmals täglich	täglich	mehrmals pro Woche	ca. 1x pro Woche	mehrmals pro Monat	selten/nie
<b>Getreideprodukte / Kartoffeln</b>						
Helles Brot, Schwarzbrot, Brötchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollkornbrot & Vollkornbrötchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollkornprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartoffeln, Nudeln, Reis, Knödel..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Milch / Milchprodukte</b>						
Käse mind. 45 % Fett i.T.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magerkäse max. 35 % Fett i.T.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milch, Topfen, Joghurt 3,6% Fett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milch, Topfen, Joghurt 1% Fett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fleisch / Wurst / Fisch / Ei</b>						
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettreiche Wurst (Leberwurst, Salami, Speck, Bratwurst,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettarme Wurstsorten (Putenbrust, Schinken, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Obst / Gemüse</b>						
Gemüse, Salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwiebel, Knoblauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hülsenfrüchte (Erbsen, Bohnen, Linsen, Soja, Kichererbsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zuckerfreie &amp; Spezialprodukte</b>						
Zuckerfreier Kaugummi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brausetabletten, Hustensirup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten, Schokolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßes Gebäck, Kuchen, Torten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salzige Knabberereien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fette</b>						
Butter, Margarine	Als Streichfett		Teelöffel (5 g)	Zum Kochen pro Mahlzeit		TL
Öl	Für den Salat pro Portion		TL	Zum Kochen pro Mahlzeit		TL

Info: 1 TL Butter / Öl = 5 g    1 EL Butter / Öl = 10 g

1 normalgroßer Portionsbutter-Würfel - übliche Gastro-Portion = 20 g = 4 TL

1 dünner Portionsbutter-Würfel = 10 g = 2 TL

## 29. Rund ums Essen:

- a. Bereiten Sie Ihre Mahlzeit selbst zu?  
 ja       nein       meistens       andere
- b. Gehen Sie gerne einkaufen?       ja       nein
- c. Kochen Sie gerne?       ja       nein
- d. Ist das Kochen für Sie anstrengend?       ja       nein

## 30. Haben oder hatten Sie eine Essstörung / gestörtes Essverhalten?

- a. Bulimie (Essbrechsucht)?       nein       ja, Zeitraum:
- b. Anorexie (Magersucht)?       nein       ja, Zeitraum
- c. Essanfälle (Sie verschlingen unkontrolliert und schnell große Mengen)?       nein       ja, Zeitraum:
- d. Andere Essstörung? \_\_\_\_\_

## 31. Haben Sie ein schlechtes Gewissen beim Essen?

- Sehr oft (mehrmals täglich)
- Häufig (täglich)
- Manchmal (mehrmals wöchentlich)
- Selten (mehrmals monatlich)
- Nie

Bei welchen Nahrungsmitteln haben Sie ein schlechtes Gewissen?

- Obst
- Gemüse
- Brot, Nudeln, Kartoffeln, Reis, Knödel, Müsli, ...
- Milch und Milchprodukte
- Käse
- Eier
- Fleisch, Wurst
- Zucker, Süßigkeiten, Schoko, Kuchen, Kekse, Knabbergebäck
- fettreiches Essen
- Alkohol

## 32. Haben Sie spezielle Fragen zum Thema Ernährung?



*Vielen Dank für Ihr Vertrauen!  
 Wie anfangs erwähnt sind alle Daten und Informationen von Ihnen  
 streng vertraulich und unterliegen der fachinternen Schweigepflicht!  
 Niemand ist berechtigt, Informationen über unsere Beratung zu erhalten,  
 außer mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung!  
 Ich freue mich auf ein Kennenlernen,  
 Ihre Johanna Karapinar*