

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!

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

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?

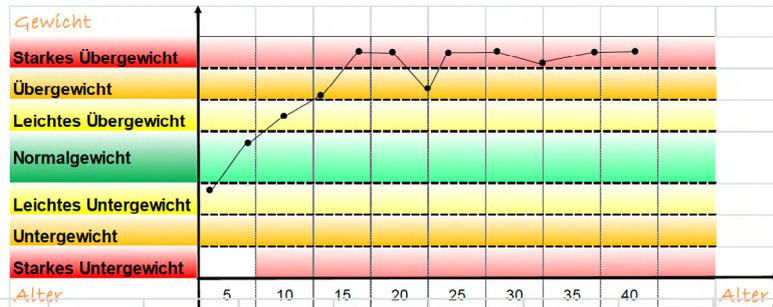
___ x wöchentlich ca. ein Stundenausmaß von _____ bis _____ /Woche

- 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"/> jeden 2.Tag					
<input type="checkbox"/> seltener					
<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
Getreideprodukte / Kartoffeln						
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"/>
Milch / Milchprodukte						
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"/>
Fleisch / Wurst / Fisch / Ei						
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"/>
Obst / Gemüse						
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"/>
Zuckerfreie & Spezialprodukte						
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"/>
Fette						
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*