

Um Sie ausführlich beraten zu können, benötige ich einige Angaben, die Ihre jetzige Ernährung und Ihren Lebensstil betreffen. Alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig.

Ihre Daten werden von mir absolut vertraulich behandelt und auf keinen Fall weitergegeben.

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

Emailadresse:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Anzahl der Kinder und Alter:

Körpergröße:

Körpergewicht:

Körperliche Belastung/Beruf

Berufstätig Ja Nein Arbeitszeit in h wöchentlich _____

Überwiegend Stehend Überwiegend Sitzend Überwiegend in Bewegung

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht? ____ Um welche Uhrzeit gehen Sie schlafen? _____

Betreiben Sie Sport? Ja Nein

Wenn ja, welche Sportart? _____

Wie oft pro Woche treiben Sie Sport und wie lange circa? _____

Fragen zum Gesundheitszustand

Haben sie körperliche Einschränkungen oder Erkrankungen Ja Nein

Wenn ja, welcher Art? _____

Wie oft haben Sie Stuhlgang? 1-2mal täglich Wenn nicht täglich, wie oft in der Woche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

Bitte zutreffendes unterstreichen. Leiden Sie öfter mal an:

Konzentrationsmangel, Reizbarkeit, Alpträume, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Migräne, Allergien, Heißhungeranfälle, Vergesslichkeit, Niedergeschlagenheit, Erschöpfung, kalter Schweiß, Müdigkeit, Schwindelgefühle, Abgespanntheit, Schweißausbrüche, Unausgeglichenheit, Verwirrtheit, Angstgefühle, Herzklopfen, Panikanfälle

Wie schätzen Sie Ihren Stresslevel ein: Kein Stress Wenig Stress Viel Stress Dauerstress

Diäterfahrungen

Haben Sie schon Diäten und/oder Heilfastenkuren ausprobiert? Ja Nein

Wenn ja, welche und mit welchem
Ergebnis _____

Wann
zuletzt? _____

Meditationserfahrungen

Haben Sie Erfahrung mit Meditation- und/oder anderen Entspannungstechniken? Ja Nein

Wenn ja, welche und wie oft praktizieren
Sie? _____

Was bewegt Sie dazu meine Ernährungs- und Lifestyle Beratung aufzusuchen, was möchten Sie verändern oder erreichen?

Ernährung:

Welchen Stellenwert hat die Ernährung für Sie?

Sehr wichtig Wichtig, aber nicht oberste Priorität Nicht so wichtig Unwichtig

Wie oft am Tag essen Sie?

1 – 2 mal 2 – 3 mal 3 – 5 mal ständig

Essen Sie eher regelmäßig Eher unregelmäßig

Kochen Sie täglich selber? Ja Nein

Bevorzugen Sie eher: Kalte Gerichte Warme Gerichte Fastfood

Wieviel Geld geben Sie monatlich für Essen/Lebensmittel aus? _____

Ganz wichtig ist auch die Ermittlung Ihres ph-Wertes im Urin.

Dazu bitte die beiliegenden Teststreifen für mindestens 3 Tage benutzen (4x täglich wie angegeben), indem ein Streifen abgerissen und in den Mittelurin gehalten wird. Danach kann der Wert an der Farbskala abgelesen und eingetragen werden.

	Morgens nüchtern nach dem Aufstehen Wert / Uhrzeit	Vormittags Wert / Uhrzeit	Nachmittags Wert / Uhrzeit	Abends Wert / Uhrzeit
Tag 1				
Tag 2				
Tag 3				
Tag 4				
Tag 5				

Ernährungsprotokoll

Auch wenn es Ihnen zunächst etwas umständlich erscheint, möchte ich Sie bitten das Ernährungsprotokoll so vollständig wie möglich zu führen. Dabei geht es mir darum einen Überblick über Ihre Essensgewohnheiten zu bekommen und *nicht* ob Sie zu viel oder falsch essen.

- Notieren Sie bitte alle Speisen und Getränke, die Sie konsumieren.
- Protokollieren Sie alles zum Zeitpunkt des Verzehrs und nicht später!
- Schreiben Sie alle Mahlzeiten, Zwischenmahlzeiten, Süßigkeiten, Getränke usw. auf.
- Notieren Sie auch alle Soßen, Füllungen oder Extras, wie z.B. Schokofüllung, Bratensaft usw.
- Dazu bitte Mengenangaben geben.
- Wenn möglich sollte ein Tag vom Wochenende dabei sein.

Nachfolgend finden Sie ein Beispiel dafür, wie Sie Ihre Angaben eintragen können:

Beispieltag:

Ernährungsprotokoll 1. Tag

Tag: Montag		Datum: 08.09.2014	
Uhrzeit	Speisen / Menge	Getränke	Wo eingenommen
7.00	1 Weißmehlschmelze mit je 1Tl. Butter und Marmelade 1 Mehrkornbrötchen mit 1 Tl. Butter und eine Scheibe Emmentaler	1 große Tasse Milchkaffee (ca. 250 ml) mit 1Tl. Zucker	Zuhause gemütlich am Esstisch
7.40		1 Glas Wasser (0,2l)	Zuhause im Stehen
9.30	1 Mars	1 große Tasse Früchtetee mit 1 Tl. Zucker	Büro am Schreibtisch
13.00	1 Teller Spaghetti Bolognese mit viel Soße und Parmesankäse	1 große Apfelschorle (0,5l)	Pizzeria
14.30		1 Glas Wasser (0,2l)	Büro
16.30	1 Stück Apfelkuchen	1 große Tasse Milchkaffee	Zuhause am Esstisch
19.30	2 Scheiben Vollkornbrot mit je 1Tl Margarine und 3 Scheiben Salami	1 Glas Orangensaft (0,2l) 1 große Tasse Schwarztee mit 1 Tl. Zucker	Zuhause im Wohnzimmer beim Fernsehschauen

Sport / Bewegung:

Zu Fuß ins Büro und zurück (ca. 1km einfach)

Ernährungsprotokoll 1. Tag

Tag:	Datum:
------	--------

Uhrzeit	Speisen / Menge	Getränke	Wo eingenommen

Sport / Bewegung:

Ernährungsprotokoll 2. Tag

Tag:	Datum:
------	--------

Uhrzeit	Speisen / Menge	Getränke	Wo eingenommen

Sport / Bewegung:

Ernährungsprotokoll 3. Tag

Tag: Datum:

Uhrzeit	Speisen / Menge	Getränke	Wo eingenommen

Sport / Bewegung:

Ernährungsprotokoll 5. Tag

Tag:	Datum:
------	--------

Uhrzeit	Speisen / Menge	Getränke	Wo eingenommen

Sport / Bewegung:

Ernährungsprotokoll 6. Tag

Tag:	Datum:
------	--------

Uhrzeit	Speisen / Menge	Getränke	Wo eingenommen

Sport / Bewegung:

Ernährungsprotokoll 7. Tag

Tag:	Datum:
------	--------

Uhrzeit	Speisen / Menge	Getränke	Wo eingenommen

Sport / Bewegung:

Nach der Auswertung des Analysebogens