ANAMNESEBOGEN

Ernährung & Lebensstil

Dieser Fragebogen dient als Grundlage für die persönliche Ernährungsberatung. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig und ehrlich. So können individuelle Ziele, Gewohnheiten und Rahmenbedingungen berücksichtigt werden.

1. Persönliche Angaben

Name:		**Vorname:**	
Geburtsdatum:		**Telefon:**	
E-Mail:		**Beruf:**	
Datum Erstgespräch:			

2. Ziele und Motivation

Was möchten Sie erreichen?

☐ Gewichtsabnahme ☐ Gewichtszunahme ☐ Muskelaufbau ☐ Leistungssteigerung ☐ Gesundheitsverbesserung ☐ Sonstiges

Warum ist Ihnen dieses Ziel wichtig?

Haben Sie ein konkretes Zielgewicht oder Leistungsziel?

Bis wann möchten Sie dieses Ziel erreichen?

Was hat bei bisherigen Versuchen gut funktioniert?

Welche Maßnahmen haben bisher weniger gut funktioniert?

3. Gesundheitszustand

Gibt es aktuelle gesundheitliche Beschwerden oder Diagnosen?

☐ Nein ☐ Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?

☐ Nein ☐ Ja

Welche Medikamente bzw. Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

Bestehen Allergien, Unverträglichkeiten oder Lebensmittelintoleranzen?

☐ Nein ☐ Ja

Welche Allergien / Unverträglichkeiten / Intoleranzen bestehen?

Wurden Ihre Blutwerte in letzter Zeit überprüft? Falls ja, gibt es relevante Auffälligkeiten?

Wie würden Sie Ihre Verdauung beschreiben?

☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Mittelmäßig ☐ Häufig Beschwerden

Gibt es weitere gesundheitliche Faktoren, die berücksichtigt werden sollten?

4. Aktuelle Ernährung

Wie sieht ein typischer Ernährungstag bei Ihnen aus?

Was essen und trinken Sie gewöhnlich zum Frühstück?

Was essen und trinken Sie gewöhnlich zum Mittagessen?

Was essen und trinken Sie gewöhnlich zum Abendessen?

Wie häufig konsumieren Sie Snacks oder Süßigkeiten?

Wie viel Wasser trinken Sie durchschnittlich pro Tag?

☐ Unter 1 Liter ☐ 1-2 Liter ☐ 2-3 Liter ☐ Über 3 Liter

Wie oft essen Sie auswärts oder bestellen Essen?

☐ Nie ☐ 1-2x / Woche ☐ 3-5x / Woche ☐ Täglich

Gibt es Zeiten, in denen Ihre Ernährung besonders von Ihrem üblichen Muster abweicht?

5. Lebensstil

Wie sieht Ihr typischer Arbeitsalltag aus?

Sind Sie überwiegend sitzend oder körperlich aktiv?

☐ Überwiegend sitzend ☐ Gemischt ☐ Überwiegend aktiv

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?

Wie würden Sie Ihre Schlafqualität bewerten?

☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Mittel ☐ Schlecht

Wie hoch schätzen Sie Ihr Stressniveau auf einer Skala von 1 bis 10 ein?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Rauchen Sie?

☐ Nein ☐ Ja

Wie häufig konsumieren Sie Alkohol?

☐ Nie ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig

6. Bewegung und Sport

Treiben Sie regelmäßig Sport?

☐ Nein ☐ Ja

Welche Sportarten oder Aktivitäten üben Sie aus?

Wie häufig trainieren Sie pro Woche?

☐ 1-2x ☐ 3-4x ☐ 5x oder mehr

Wie intensiv sind Ihre Trainingseinheiten?

☐ Leicht ☐ Mittel ☐ Hoch ☐ Sehr hoch

Gibt es körperliche Einschränkungen oder Verletzungen?

☐ Nein ☐ Ja

Welche Einschränkungen / Verletzungen bestehen?

Wie viele Schritte gehen Sie durchschnittlich pro Tag?

☐ Unter 5.000 ☐ 5.000-8.000 ☐ 8.000-12.000 ☐ Über 12.000

7. Essverhalten

Essen Sie Ihre Mahlzeiten eher geplant oder spontan?

☐ Geplant ☐ Überwiegend geplant ☐ Überwiegend spontan ☐ Spontan

In welchen Situationen essen Sie tendenziell mehr als gewöhnlich?

☐ Stress ☐ Langeweile ☐ Frust ☐ Gesellschaft ☐ Abends ☐ Sonstiges

Essen Sie bei Stress, Langeweile oder emotionaler Belastung?

☐ Nein ☐ Selten ☐ Häufig

Wann verspüren Sie typischerweise Heißhunger?

Wie schnell essen Sie Ihre Mahlzeiten?

☐ Sehr langsam ☐ Normal ☐ Schnell ☐ Sehr schnell

Essen Sie häufig nebenbei (z. B. am Computer, vor dem Fernseher oder unterwegs)?

☐ Nein ☐ Selten ☐ Häufig

8. Praktische Rahmenbedingungen

Wer übernimmt bei Ihnen zu Hause überwiegend den Einkauf und das Kochen?

☐ Ich selbst ☐ Partner/in ☐ Gemeinsam ☐ Andere Person

Wie viel Zeit steht Ihnen für die Essenszubereitung zur Verfügung?

☐ Unter 15 Min. ☐ 15-30 Min. ☐ 30-60 Min. ☐ Mehr als 60 Min.

Welche Lebensmittel mögen Sie besonders?

Welche Lebensmittel mögen Sie nicht oder möchten Sie vermeiden?

Folgen Sie einer bestimmten Ernährungsweise?

☐ Nein ☐ Vegetarisch ☐ Vegan ☐ Low Carb ☐ Keto ☐ Andere

Welche Ernährungsweise bzw. welche weiteren Vorgaben?

Wie hoch ist Ihr monatliches Budget für Lebensmittel?

Gibt es berufliche oder familiäre Faktoren, die Ihre Ernährung beeinflussen?

9. Erfolgskontrolle und Unterstützung

Woran würden Sie erkennen, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?

☐ Gewicht ☐ Umfänge ☐ Fotos ☐ Leistungswerte ☐ Wohlbefinden ☐ Blutwerte ☐ Sonstiges

Wie möchten Sie Ihren Fortschritt messen?

Welche Hindernisse erwarten Sie auf dem Weg zu Ihrem Ziel?

Welche Unterstützung benötigen Sie?

Was motiviert Sie langfristig?

Wie zuversichtlich sind Sie auf einer Skala von 1 bis 10, Ihr Ziel zu erreichen?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

10. Kurzversion für ein Erstgespräch

Diese Kurzversion eignet sich für einen schnellen Einstieg in ein Erstgespräch von etwa 10-15 Minuten.

1. Was ist Ihr wichtigstes Ziel?

2. Warum möchten Sie dieses Ziel erreichen?

3. Wie sieht ein typischer Ernährungstag bei Ihnen aus?

4. Wie aktiv sind Sie im Alltag und beim Sport?

5. Gibt es gesundheitliche Einschränkungen, Diagnosen oder Medikamente?

6. Was hat bei früheren Ernährungsumstellungen funktioniert und was nicht?

7. Welche größten Herausforderungen sehen Sie aktuell?

8. Welche Unterstützung wünschen Sie sich von mir?

11. Wichtigste Erkenntnisse der Überarbeitung

Struktur: Die Fragen sind klar in Themenblöcke gegliedert.

Vollständigkeit: Schlafqualität, Nahrungsergänzungsmittel, Schrittzahl und Fortschrittsmessung sind berücksichtigt.

Professionalität: Die Formulierungen sind neutral, verständlich und für ein Beratungsgespräch geeignet.

Praxisnähe: Die kompakte Kurzversion ermöglicht einen schnellen Einstieg in ein 10-15-minütiges Erstgespräch.

12. Zusätzliche Angaben

Gibt es noch etwas, das Sie über Ihre Ernährung, Ihren Lebensstil oder Ihre persönliche Situation mitteilen möchten?

13. Notizen des Beraters / der Beraterin

Beratungsnotizen

Unterschrift Klient/in:		Datum:	
Unterschrift Berater/in:			