

# Anamnesebogen für die präventive Ernährungsberatung

## 1. Persönliche Daten

Name:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Beruf:

## 2. Körperliche Daten

Größe (in cm):

Gewicht (in kg):

BMI (falls schon bekannt):

Taillenumfang (in cm):

Hüftumfang (in cm):

Körperfettanteil (in %):

## 3. Körperliche Aktivität

Wie oft treibst du Sport?

- Nie
- 1-2 Mal pro Woche
- 3-4 Mal pro Woche
- Mehr als 4 Mal pro Woche

Welche Art von Sport betreibst du? (Mehrfachnennung möglich)

- Ausdauersport (z. B. Laufen, Radfahren)
- Kraftsport
- Teamsport (z. B. Fußball, Volleyball)
- Yoga/Pilates
- Anderes:

Wie viele Stunden pro Tag sitzt du durchschnittlich?

- Weniger als 4 Stunden
- 4-6 Stunden
- 6-8 Stunden
- Mehr als 8 Stunden

## 4. Trinkgewohnheiten

Wie viel Wasser trinkst du durchschnittlich pro Tag (in Litern)?

- Weniger als 1 Liter
- 1-1,5 Liter
- 1,5-2 Liter
- Mehr als 2 Liter

**Welche anderen Getränke konsumierst du regelmäßig? (Mehrfachnennung möglich)**

- |                          |              |                      |            |
|--------------------------|--------------|----------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Kaffee:      | <input type="text"/> | Tassen/Tag |
| <input type="checkbox"/> | Softdrinks:  | <input type="text"/> | Gläser/Tag |
| <input type="checkbox"/> | Fruchtsäfte: | <input type="text"/> | Gläser/Tag |
| <input type="checkbox"/> | Alkohol:     | <input type="text"/> | Gläser/Tag |
| <input type="checkbox"/> | Tee:         | <input type="text"/> | Tassen/Tag |
| <input type="checkbox"/> | Andere:      | <input type="text"/> |            |

**5. Allergien/Unverträglichkeiten**

**Hast du bekannte Nahrungsmittelallergien?**

- Ja  
 Nein

Wenn Ja, welche:

**Hast du Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**

- Ja  
 Nein

Wenn Ja, welche:

**6. Gesundheitlicher Zustand**

**Hast du aktuelle gesundheitliche Beschwerden oder Vorerkrankungen?**

- Ja  
 Nein

Wenn Ja, welche:

**Gibt es in deiner Familie ernährungsbedingte Erkrankungen (z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen)?**

- Ja  
 Nein

Wenn Ja, welche:

**Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?**

- Ja  
 Nein

Wenn Ja, welche:

**Rauchst du?**

- Ja  
 Nein

**Trinkst du Alkohol?**

- Ja  
 Nein

Wenn Ja, wie oft und in welchen Mengen?

## 7. Ernährungsziel

Was möchtest du mit der Ernährungsberatung erreichen? (Mehrfachnennung möglich)

- Gewicht reduzieren
- Gewicht zunehmen
- Muskelaufbau
- Mehr Energie und Wohlbefinden
- Gesundere Essgewohnheiten entwickeln
- Umstellung auf andere Ernährungsform:

- Anderes:

Hast du in der Vergangenheit bereits Diäten gemacht?

- Ja
- Nein

Wenn Ja, welche Diäten hast du ausprobiert und waren sie erfolgreich?

## 8. Sonstige Informationen

Gibt es besondere Gründe oder Umstände, warum du deine Ernährung umstellen möchtest?

Hast du weitere Anmerkungen oder Fragen?

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen und gesundheitlichen Daten im Rahmen der Ernährungsberatung gespeichert und verwendet werden. Die Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Datum, Unterschrift:

### Wichtiger Hinweis:

Diese Ernährungsberatung richtet sich ausschließlich an gesunde Personen ohne bekannte ernährungsbedingte Erkrankungen. Bei bestehenden gesundheitlichen Problemen oder speziellen Erkrankungen ist eine ärztliche oder therapeutische Betreuung erforderlich.