

ANAMNESE PATIENTENERKLÄRUNG



Name, Vorname: _____ Geburtstag: _____
 Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____
 Telefon tagsüber: _____ Email: _____
 Telefon abends/mobil: _____ Woher kennen Sie uns/
 Versicherung: _____ Wer hat uns empfohlen? _____

1. Wie sieht Ihre Ernährung an einem typischen Tag aus?

a) Frühstück: _____ b) Snack 1: _____
 c) Mittag: _____ d) Snack 2: _____
 e) Abendbrot: _____ f) Snack 3: _____

2. Größte Mahlzeit des Tages? _____ 3. Mögen Sie eher süß oder deftig? _____

4. Wer kocht (Sie selbst, Partner, Kantine)? _____

5. Wie oft essen/trinken Sie ... (Nur eine Zahl pro Zeile eintragen.)	pro Tag	pro Woche	pro Monat	nie
Gemüse/Salate	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Frisches Obst	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Wurst	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Fleisch	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Fisch	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte/Milch	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Kohlenhydrate (Brot, Nudeln, Reis, Kartoffel)	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Getränke	_____ Liter, Was?	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten/Kuchen	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Fettiges/Chips	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Rauchen	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Kaffee/schw. Tee	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Alkohol	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>

6. In welchem Alter trat Ihr Übergewicht zum ersten Mal auf? Gab es einen bestimmten Auslöser? Bitte denken Sie auch an Schwangerschaften, Hormonbehandlungen, Menopause. Was ist Ihrer Meinung nach der Grund für Ihr Übergewicht?

7. Welche Mitglieder Ihrer Familie sind übergewichtig (Eltern, Großeltern, Geschwister, Partner)?

8. Wie ist die Einstellung Ihrer Familie zum Essen, wie hat Ihre Familie gekocht?

9. Mussten Sie in Ihrer Kindheit immer den Teller leer essen? ja nein

10. Achten Sie auf Kalorien? _____ 11. Wie oft kontrollieren Sie Ihr Gewicht? _____

12. Welche sportlichen Aktivitäten üben Sie aus? _____

13. Wie lange und wie oft pro Woche? _____

14. Was ist Ihr Beruf? _____

15. Ihre Tätigkeit ist ... sitzend mit relativ viel Bewegung schwer körperlich