Gesundheitsfragebogen Ernährungstherapie

Dieser Fragebogen dient dazu, Ihre gesundheitliche Situation, Ihre Ernährung und Ihren Alltag vor unserem ersten Gespräch strukturiert zu erfassen. Dabei geht es nicht darum, Ihre Ernährung als „gut“ oder „schlecht“ zu bewerten. Gemeinsam schauen wir darauf, welche Faktoren für Ihre Beschwerden und Ihre gesundheitlichen Ziele relevant sein könnten und welche Veränderungen zu Ihnen und Ihrem Alltag passen.

Bitte tragen Sie keine persönlichen Kontaktdaten in diesen Fragebogen ein. Die Zuordnung zu Ihrer Patientenakte erfolgt separat in der Praxis.

Alter:

Beruf / Tätigkeit:

Größe:
Gewicht:

1. Ihr Anliegen

Was führt Sie zur Ernährungstherapie?

Welche Beschwerden oder gesundheitlichen Themen stehen für Sie derzeit im Vordergrund?

Seit wann bestehen diese?

Wie haben sich die Beschwerden im Verlauf entwickelt?

Gibt es Situationen, Lebensmittel oder andere Faktoren, durch die sich die Beschwerden verändern?

Was wurde diesbezüglich bereits ausprobiert und welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?

Nährwertvoll | Praxis für Integrative Gesundheit
Dr. rer. nat. Sandra Baumgart | Heilpraktikerin · Ernährungstherapie
Alte Schulstraße 6 | 35396 Gießen | 0178 8549390
info@naehrwertvoll.de | heilpraktikerin-naehrwertvoll.de | Insta: @naehrwertvoll.ganzheitlich

Woran würden Sie merken, dass die Zusammenarbeit für Sie hilfreich bzw. erfolgreich war?

2. Gesundheitliche Situation

Welche Erkrankungen oder Diagnosen sind bei Ihnen bekannt?

- ☐ Magen-/Darmerkrankung
- ☐ Diabetes / Insulinresistenz
- ☐ Fettstoffwechselstörung
- ☐ Leber-/Gallenerkrankung
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung
- ☐ Autoimmunerkrankung
- ☐ Allergien
- ☐ Hauterkrankung
- ☐ rheumatische Erkrankung
- ☐ Osteoporose
- ☐ Tumorerkrankung
- ☐ andere:

Gibt es weitere gesundheitliche Beschwerden, die für die Ernährungstherapie relevant sein könnten?

Sind Sie wegen Ihrer Beschwerden derzeit ärztlich oder fachärztlich in Behandlung?

- ☐ nein
- ☐ ja

Liegen aktuelle Labor-, Arzt- oder andere Befunde vor?

- ☐ nein
- ☐ ja → bitte zum Termin mitbringen bzw. bereitstellen

Gab es relevante Operationen oder Krankenhausaufenthalte? Wenn ja, welche und wann?

Gibt es relevante Erkrankungen in Ihrer Familie, z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel-, Autoimmun-, Darm- oder Tumorerkrankungen?

3. Medikamente und Nahrungsergänzung

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf? Bitte möglichst mit Dosierung.

Nehmen Sie Hormone ein, z. B. Schilddrüsenhormone, hormonelle Verhütung oder Hormonersatztherapie?

Welche Nahrungsergänzungsmittel, pflanzlichen oder sonstigen Präparate nehmen Sie derzeit? Bitte möglichst mit Dosierung.

Bestehen Medikamentenallergien oder andere relevante Allergien?

4. Verdauung

Wie häufig haben Sie normalerweise Stuhlgang?

- ☐ mehrmals täglich
- ☐ täglich
- ☐ alle 2–3 Tage
- ☐ seltener
- ☐ stark wechselnd

Wie ist Ihre Stuhlkonsistenz überwiegend?

- ☐ eher hart
- ☐ geformt
- ☐ eher weich/breiig
- ☐ Durchfall
- ☐ stark wechselnd

Bestehen regelmäßig folgende Beschwerden?

- ☐ Blähungen / geblähter Bauch
- ☐ Bauchschmerzen / Krämpfe
- ☐ Völlegefühl

- ☐ Übelkeit
- ☐ Sodbrennen / Reflux
- ☐ Aufstoßen
- ☐ Verstopfung
- ☐ Durchfall
- ☐ Schleim im Stuhl
- ☐ sichtbares Blut im Stuhl
- ☐ andere:

Besteht ein Zusammenhang zwischen Ihren Beschwerden und Mahlzeiten oder bestimmten Lebensmitteln?

Wurden bereits Magen-Darm-Untersuchungen durchgeführt? Wenn ja, welche?

Haben Sie in den vergangenen zwei Jahren Antibiotika eingenommen? Wenn ja, ungefähr wann und wie häufig?

5. Lebensmittelallergien und -unverträglichkeiten

Bestehen ärztlich diagnostizierte Lebensmittelallergien oder -unverträglichkeiten?

- ☐ nein
- ☐ ja, folgende:

Gibt es Lebensmittel, von denen Sie selbst den Eindruck haben, dass Sie sie nicht gut vertragen?

Welche Beschwerden treten dabei auf?

Vermeiden Sie deshalb bestimmte Lebensmittel oder Lebensmittelgruppen?

6. Ihre Ernährung im Alltag

Wie sieht ein typischer Ernährungstag bei Ihnen aus?

Frühstück:

Vormittag / Zwischenmahlzeit:

Mittagessen:

Nachmittag / Zwischenmahlzeit:

Abendessen:

Später Abend:

Getränke

Was trinken Sie normalerweise und ungefähr wie viel pro Tag?

Kaffee / koffeinhaltige Getränke:

Alkohol:

Lebensmittelauswahl

Wie ernähren Sie sich überwiegend?

- ☐ Mischkost
- ☐ vegetarisch
- ☐ vegan
- ☐ andere Ernährungsform:

Welche Lebensmittel oder Mahlzeiten essen Sie besonders gerne?

Welche Lebensmittel essen Sie selten oder gar nicht? Warum?

Welche Eiweißquellen essen Sie regelmäßig?

Wie häufig essen Sie ungefähr Gemüse und Obst?

Wie häufig essen Sie Fisch?

Wie häufig essen Sie Hülsenfrüchte, Nüsse und Samen?

Welche Getreideprodukte bzw. Beilagen essen Sie überwiegend?

Welche Rolle spielen Süßigkeiten, Knabbereien oder andere Snacks in Ihrem Alltag?

7. Mahlzeiten und Essverhalten

Wie viele Mahlzeiten essen Sie normalerweise pro Tag?

Sind Ihre Mahlzeiten eher regelmäßig oder wechseln die Zeiten stark?

Wie viel Zeit nehmen Sie sich normalerweise zum Essen?

Essen Sie überwiegend:

- ☐ allein
- ☐ mit Familie / Partner:in
- ☐ unterschiedlich

Wo essen Sie häufig?

- ☐ zu Hause
- ☐ Arbeitsplatz
- ☐ Kantine / Mensa
- ☐ unterwegs
- ☐ Restaurant / Lieferdienst

Wie gut nehmen Sie Hunger und Sättigung wahr?

- ☐ gut
- ☐ unterschiedlich
- ☐ eher schwierig einzuschätzen

Gibt es Situationen, in denen Sie anders essen als gewöhnlich, z. B. bei Stress, Langeweile, Traurigkeit, Zeitdruck oder Erschöpfung?

Gibt es Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, beim Essen nur schwer aufhören zu können oder die Kontrolle über die Essmenge zu verlieren?

- ☐ nein
- ☐ gelegentlich
- ☐ häufiger

Gibt es Lebensmittel oder Ernährungsregeln, bei denen Sie sich selbst stark einschränken?

8. Gewicht und körperliche Entwicklung (falls zutreffend)

Veränderungen des Körpergewichts können wichtige Hinweise auf die gesundheitliche und ernährungsmedizinische Situation geben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, soweit sie für Ihr Anliegen relevant sind.

Wie hat sich Ihr Gewicht in den vergangenen 1–2 Jahren entwickelt?

☐ weitgehend stabil
☐ zugenommen
☐ abgenommen
☐ stark schwankend

Falls sich Ihr Gewicht verändert hat: War dies beabsichtigt oder unbeabsichtigt?

Seit wann beschäftigt Sie Ihr Körpergewicht?

Gab es in Ihrem Leben Phasen mit deutlichen Gewichtsveränderungen?

Falls ja, wann und in welchem Zusammenhang (z. B. Schwangerschaft, Wechseljahre, Erkrankungen, Medikamente, berufliche oder private Veränderungen)?

Haben Sie bereits versucht, Ihr Gewicht gezielt zu verändern?

☐ nein
☐ ja

Falls ja: Welche Maßnahmen haben Sie ausprobiert? Was hat Ihnen geholfen, was war langfristig schwierig?

Falls Sie eine Gewichtsveränderung anstreben: Was möchten Sie dadurch erreichen?

☐ Verbesserung gesundheitlicher Werte
☐ mehr körperliche Fitness und Beweglichkeit
☐ weniger Beschwerden

☐ mehr Wohlbefinden im eigenen Körper
☐ anderes: _____

9. Alltag und Bewegung

Wie sieht Ihr beruflicher Alltag überwiegend aus?

- ☐ überwiegend sitzend
- ☐ wechselnd sitzend / stehend
- ☐ körperlich aktiv
- ☐ Schichtarbeit
- ☐ anderes:

Wie bewegen Sie sich im Alltag?

Machen Sie regelmäßig Sport oder gezielte Bewegung? Wenn ja, was und wie häufig?

Welche Bewegung macht Ihnen Freude?

Gibt es körperliche Beschwerden oder andere Faktoren, die Bewegung derzeit erschweren?

10. Schlaf, Energie und Belastung

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich?

Wie erleben Sie Ihren Schlaf?

- ☐ überwiegend erholsam
- ☐ Einschlafprobleme
- ☐ Durchschlafprobleme
- ☐ frühes Erwachen
- ☐ nicht erholsam
- ☐ Schnarchen / bekannte Schlafapnoe

Wie würden Sie Ihre derzeitige Energie einschätzen?

0 = sehr erschöpft — **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** — 10 = sehr energiegeladen

Wie hoch empfinden Sie Ihre derzeitige Belastung bzw. Ihr Stressniveau?

0 = sehr gering — **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** — 10 = sehr hoch

Gibt es derzeit berufliche oder private Situationen, die Ihre Ernährung, Ihre Beschwerden oder Ihren Alltag wesentlich beeinflussen?

Was hilft Ihnen dabei, sich zu erholen oder neue Energie zu bekommen?

11. Ihre bisherigen Erfahrungen mit Ernährung

Haben Sie bereits Ernährungsberatungen oder spezielle Ernährungsformen ausprobiert?

- ☐ nein
- ☐ ja, folgende:

Was hat Ihnen dabei geholfen oder gutgetan?

Was hat für Sie nicht funktioniert oder war im Alltag schwierig umzusetzen?

Gibt es Ernährungsempfehlungen, bei denen Sie derzeit unsicher sind oder die sich für Sie widersprechen?

12. Gemeinsam planen

Welche Veränderungen könnten Sie sich derzeit grundsätzlich vorstellen?

Was sollte bei Empfehlungen unbedingt berücksichtigt werden, damit sie zu Ihrem Alltag passen?

Wie wünschen Sie sich die Empfehlungen?

☐ zunächst wenige, konkrete Schritte
☐ ausführlichere Empfehlungen und Hintergrundinformationen
☐ das möchte ich gemeinsam im Termin entscheiden

Gibt es etwas, das Sie im Rahmen der Ernährungstherapie ausdrücklich nicht möchten oder womit Sie bereits schlechte Erfahrungen gemacht haben?

Was möchten Sie mir noch mitteilen?

Nährwertvoll | Praxis für Integrative Gesundheit
Dr. rer. nat. Sandra Baumgart | Heilpraktikerin · Ernährungstherapie
Alte Schulstraße 6 | 35396 Gießen | 0178 8549390
info@naehrwertvoll.de | heilpraktikerin-naehrwertvoll.de | Insta: @naehrwertvoll.ganzheitlich