

# Anamnesebogen für die Ernährungstherapie

Name:..... Vorname:..... Geb.:.....

PLZ:..... Ort:..... Tel:.....

Str.:..... Beruf:.....

Fax:..... E- Mail:.....

## Zielsetzungen

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ernährungsumstellung         | <input type="checkbox"/> Entgiftung und Entschlackung        |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsreduzierung          | <input type="checkbox"/> Darmsanierung                       |
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme              | <input type="checkbox"/> Schmerzlinderung                    |
| <input type="checkbox"/> Beseitigung von Essstörungen | <input type="checkbox"/> Wohlbefinden                        |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Diabetes    | <input type="checkbox"/> mehr Leistung                       |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechselaktivierung      | <input type="checkbox"/> Verbesserung Herz- Kreislauf System |
| <input type="checkbox"/> Allergietherapie             |  |

## Lebensstil

### **Berufliche Tätigkeit**

- überwiegend sitzende Tätigkeit
- überwiegend stehende Tätigkeit
- körperlich anstrengende Tätigkeit
- geistig anstrengende Tätigkeit

### **Stresshäufigkeit**

- öfters gestresst
- manchmal gestresst
- selten gestresst
- nie gestresst

Sind Sie zum ersten Mal bei einem Ernährungstherapeuten? .....

Was erwarten Sie von der Beratung/ Therapie?.....

### **Machen Sie zurzeit eine Diät?**

- Nein
- Ja, welche:.....

### **Betreiben Sie Sport?**

Wenn ja welchen:..... Seit wann:..... Wie oft:.....

### **Mein aktuelles Fitnessniveau empfinde ich als:**

- ausgezeichnet
- gut
- mittel
- schlecht
- sehr schlecht

### **Gesundheitliche Voraussetzungen**

Haben Sie Beschwerden, Erkrankungen, oder akute Verletzungen?

- Im Bereich der Muskeln, Knochen, Sehnen, Gelenke, Bänder?
- Im Bereich der inneren Organe oder des allgemeinen Stoffwechsels?
- Hauterkrankungen

Genaue Beschreibung:.....

### *DIPLOM- ERNÄHRUNGSTHERAPEUT RENÉ HILLE*

Ernährungsberatung und- therapie sowie präventiv medizinisches Gesundheitstraining  
Hummelbergstr. 29, 72810 Gomaringen, Tel. 07072/915279, Fax. 07072/208692  
[www.gesünder-leben24.de](http://www.gesünder-leben24.de) E-Mail: lebe-gesund@gmx.de

**Leiden Sie öfter an (bitte unterstreichen oder ergänzen)**

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

---

---

---

Nehmen Sie Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche?.....

Ist eine Rücksprache mit dem Arzt erforderlich?  ja  nein

Sind Sie momentan in Ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Haben Sie Krampfadern?  ja  nein

Haben Sie einen regelmäßigen normalen Stuhlgang  ja  nein

Leiden Sie unter ständigen Blähungen  ja  nein

Haben Sie einen erhöhten Cholesterinspiegel  ja  nein

Leiden Sie unter Diabetes  ja  nein

Leiden Sie an Allergien  ja  nein

Wenn Ja welche Allergien? .....

.....

Blutdruck gemessen am:.....Wert:...../.....mmHg

Körperfettanteil:.....% Körpergewicht:.....Kg

Alter:.....Jahre Geschlecht:.....

Body-Mass-Index (BMI):..... Ruheherzfrequenz:.....

Größe :.....

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit dieser Angaben.

Unterschrift:..... Datum:.....

**DIPLOM- ERNÄHRUNGSTHERAPEUT RENÉ HILLE**

Ernährungsberatung und- therapie sowie präventiv medizinisches Gesundheitstraining  
Hummelbergstr. 29, 72810 Gomaringen, Tel. 07072/915279, Fax. 07072/208692  
[www.gesünder-leben24.de](http://www.gesünder-leben24.de) E-Mail: lebe-gesund@gmx.de

# Ernährungsprotokollierung

## 1. Allgemeine Richtlinien:

- Notieren Sie 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.
- Wenn Sie Mahlzeiten auslassen, dann kennzeichnen Sie diese.

## 2. Beschreibung von Nahrungsmitteln und Getränken:

- Beschreiben Sie die Speisenzubereitung, z.B. gegrillt, gekocht, gedünstet usw.
- Beschreiben Sie die Art des verzehrten Nahrungsmittels so genau wie möglich.
- Schreiben Sie den Markennamen des Produkts dazu, z.B. Iglo, Knorr.
- Beschreiben Sie Kekse, Kuchen oder Schnitten, z.B. Biskotten, Butterkeks, Waffel mit Schokoladenfüllung, Krapfen, Obstbiskuit.
- Benennen Sie Käse (z.B. Edamer 35 % F.i.Tr.), Fisch (z.B. Fischstäbchen), Wurst (z.B. 50 g Bergsteiger) und Fleisch (z.B. Schweinsschnitzel mager).
- Für viele Nahrungsmittel, wie z.B. Öl, Zucker, Butter, Honig, Milch (für den Kaffee), Marmelade etc. sind entsprechende Angaben in Haushaltsmassen ausreichend. Geben Sie die Zahl der Teelöffel (TL) oder Esslöffel (EL) an und beschreiben Sie, ob diese halbvoll, gestrichen oder gehäuft waren.
- Alle übrigen festen Nahrungsmittel, wie z.B. Brot, Fleisch, Teigwaren, Kartoffeln, Obst usw. geben Sie in Gramm an (z.B. 60 g Vollkornbrot, 100 g gekochte Teigwaren, 100 g Putenschnitzel).
- Ist das Abwiegen nicht möglich (z.B. im Restaurant), dann schätzen Sie das Gewicht so gut wie möglich oder suchen Sie Vergleichsgrößen, um die Portionsgröße zu beschreiben (z.B. handtellergroßes Wiener Schnitzel, hühnereigroße Kartoffel gekocht, tennisballgroßer Knödel, usw.). Bei allen verpackten Lebensmitteln steht das Gewicht auf der Packung, sodass die verzehrte Menge genau angegeben werden kann.

3. Am Ende des Tages vermerken Sie welche Art von Bewegung Sie gemacht haben und wie lange Sie diese durchführten (z.B. 1 Stunde spazieren, ½ Stunde Rad gefahren). 4. Führen Sie das Ernährungsprotokoll jeden Tag, mindestens 1 bis 2 Wochen lang.



*DIPLOM- ERNÄHRUNGSTHERAPEUT RENÉ HILLE*

Ernährungsberatung und- therapie sowie präventiv medizinisches Gesundheitstraining  
Hummelbergstr. 29, 72810 Gomaringen, Tel. 07072/915279, Fax. 07072/208692  
[www.gesünder-leben24.de](http://www.gesünder-leben24.de) E-Mail: lebe-gesund@gmx.de

# Ernährungsprotokollierung

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

Tag, Nr.1

<b>Mahlzeiten:</b>	<b>Zeit:</b>	<b>Speisen/Menge:</b>	<b>Getränke:</b>	<b>Wo:</b>
<u>Frühstück:</u>				
<u>Zwischenm.:</u>				
<u>Mittagessen:</u>				
<u>Zwischenm.:</u>				
<u>Abendessen.:</u>				
<u>Spätmahlzeit:</u>				
<u>Zwischend.:</u>				

Bewegung:.....  
 .....

# Ernährungsprotokollierung

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

Tag, Nr.2

<b>Mahlzeiten:</b>	<b>Zeit:</b>	<b>Speisen/Menge:</b>	<b>Getränke:</b>	<b>Wo:</b>
<u>Frühstück:</u>				
<u>Zwischenm.:</u>				
<u>Mittagessen:</u>				
<u>Zwischenm.:</u>				
<u>Abendessen.:</u>				
<u>Spätmahlzeit:</u>				
<u>Zwischend.:</u>				

Bewegung:.....  
 .....

# Ernährungsprotokollierung

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

Tag, Nr.3

<b>Mahlzeiten:</b>	<b>Zeit:</b>	<b>Speisen/Menge:</b>	<b>Getränke:</b>	<b>Wo:</b>
<u>Frühstück:</u>				
<u>Zwischenm.:</u>				
<u>Mittagessen:</u>				
<u>Zwischenm.:</u>				
<u>Abendessen.:</u>				
<u>Spätmahlzeit:</u>				
<u>Zwischend.:</u>				

Bewegung:.....  
.....

# Ernährungsprotokollierung

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

Tag, Nr.4

<b>Mahlzeiten:</b>	<b>Zeit:</b>	<b>Speisen/Menge:</b>	<b>Getränke:</b>	<b>Wo:</b>
<u>Frühstück:</u>				
<u>Zwischenm.:</u>				
<u>Mittagessen:</u>				
<u>Zwischenm.:</u>				
<u>Abendessen.:</u>				
<u>Spätmahlzeit:</u>				
<u>Zwischend.:</u>				

Bewegung:.....  
 .....

# Ernährungsprotokollierung

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

Tag, Nr.5

<b>Mahlzeiten:</b>	<b>Zeit:</b>	<b>Speisen/Menge:</b>	<b>Getränke:</b>	<b>Wo:</b>
<u>Frühstück:</u>				
<u>Zwischenm.:</u>				
<u>Mittagessen:</u>				
<u>Zwischenm.:</u>				
<u>Abendessen.:</u>				
<u>Spätmahlzeit:</u>				
<u>Zwischend.:</u>				

Bewegung:.....  
 .....

# Ernährungsprotokollierung

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

Tag, Nr.6

<b>Mahlzeiten:</b>	<b>Zeit:</b>	<b>Speisen/Menge:</b>	<b>Getränke:</b>	<b>Wo:</b>
<u>Frühstück:</u>				
<u>Zwischenm.:</u>				
<u>Mittagessen:</u>				
<u>Zwischenm.:</u>				
<u>Abendessen.:</u>				
<u>Spätmahlzeit:</u>				
<u>Zwischend.:</u>				

Bewegung:.....  
 .....

# Ernährungsprotokollierung

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

Tag, Nr.7

<b>Mahlzeiten:</b>	<b>Zeit:</b>	<b>Speisen/Menge:</b>	<b>Getränke:</b>	<b>Wo:</b>
<u>Frühstück:</u>				
<u>Zwischenm.:</u>				
<u>Mittagessen:</u>				
<u>Zwischenm.:</u>				
<u>Abendessen.:</u>				
<u>Spätmahlzeit:</u>				
<u>Zwischend.:</u>				

Bewegung:.....  
 .....