

# Anamnesebogen zur Ernährungsberatung



**Datum:**

---

## Allgemeine Angaben

- **Name:** \_\_\_\_\_
  - **Geburtsdatum / Alter:** \_\_\_\_\_
  - **Geschlecht:**  weiblich  männlich  divers
  - **Telefon:** \_\_\_\_\_
  - **E-Mail:** \_\_\_\_\_
  - **Beruf / Arbeitsalltag:** \_\_\_\_\_
  - **Familienstand / Lebenssituation:** \_\_\_\_\_
- 

## Ziel der Beratung

- Gewichtsabnahme  Gewichtszunahme / Muskelaufbau
  - Beschwerdelinderung
  - Unterstützung bei Erkrankung: \_\_\_\_\_
  - Gesundheit erhalten / Ernährung optimieren / Verbesserung des Wohlbefindens
  - Sonstiges: \_\_\_\_\_
- 

## Medizinische Anamnese

- **Diagnosen (falls vorhanden):**

---

---

- **Aktuelle Beschwerden:**

---

- **Allergien / Unverträglichkeiten:**

Laktose  Fruktose  Sorbit  Gluten  Histamin  Sonstige:

---

- **Chronische Erkrankungen (z. B. Diabetes, Bluthochdruck):**

Nein  Ja: \_\_\_\_\_

---

- **Medikamente (inkl. Nahrungsergänzungsmittel):**

---

- **Blutwerte (sofern bekannt – z. B. HbA1c, Cholesterin):**

---

- **Operationen / Eingriffe:**

---

---

## **Anthropometrische Daten**

- **aktuelles Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg
- **Größe:** \_\_\_\_\_ cm
- **BMI:** \_\_\_\_\_
- **Gewicht früher (z. B. vor 1 Jahr):** \_\_\_\_\_ kg
- **Gewünschtes Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg
- **Taillenumfang:** \_\_\_\_\_ cm
- **Körperzusammensetzung (sofern bekannt):**
  - Muskelmasse \_\_\_\_\_ %
  - Fettanteil \_\_\_\_\_ %

---

## **Ernährungsgewohnheiten & Essverhalten**

- **Ernährungsform:**
  - Mischkost
  - Vegetarisch
  - Vegan
  - Flexitarisch (wenig Fleisch)
  - Religionsbedingt: \_\_\_\_\_
  - Andere: \_\_\_\_\_
- **Zubereitung:**
  - selbst gekocht
  - Fertigprodukte
  - Kantine/Restaurant
  - gemischt
- **Mahlzeitenanzahl/Tag:**  1  2  3  4  5  mehr
- **Esszeiten:**  
Frühstück: \_\_\_\_\_ Uhr Mittagessen: \_\_\_\_\_ Uhr Abendessen: \_\_\_\_\_ Uhr  
Zwischenmahlzeiten: \_\_\_\_\_
- **Essgewohnheiten:**
  - Frühstückser
  - Snacktyp
  - emotionales Essen
  - Nachtesser
  - Essanfälle
  - bewusstes Essen
  - regelmäßige Mahlzeiten
- **Lebensmittel-Vorlieben / -Abneigungen:**

---

- **Trinkverhalten (Menge/Art):**

---

- **Trinken Sie ausreichend Wasser?**  Ja  Nein (ca. \_\_\_\_\_ Liter/Tag)

---

## Bewegung & Lebensstil

- **Berufliche Aktivität:**  
 sitzend    stehend    körperlich aktiv
  - **Freizeitaktivität:**  
 sportlich    gelegentlich aktiv    überwiegend inaktiv  
 Art & Häufigkeit: \_\_\_\_\_
  - **Bewegung pro Woche:**  
 wenig    1–2x    3–5x    täglich
  - **Schlafdauer:**  
 < 6 Std    6–8 Std    > 8 Std    Schlafprobleme: \_\_\_\_\_
  - **Stressbelastung:**  
 gering    mittel    hoch    Stressauslöser: \_\_\_\_\_
- 

## Einkauf & Umfeld

- **Wer kauft ein / kocht?** \_\_\_\_\_
  - **Essensumfeld:**  
 alleine    mit Familie    in der Arbeit    unterwegs
  - **Herausforderungen im Alltag (z. B. Schichtarbeit, Zeitmangel):**  
\_\_\_\_\_
- 

## Weitere Hinweise

- **Was möchten Sie mit der Ernährung erreichen?**  
\_\_\_\_\_
- **Worauf möchten Sie auf keinen Fall verzichten?**  
\_\_\_\_\_
- **Was fällt Ihnen aktuell schwer?**  
\_\_\_\_\_
- **Gibt es noch etwas, das für die Ernährungsberatung wichtig sein könnte?**  
\_\_\_\_\_