
Ernährungsanalyse für die Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Ausgefüllt am

Liebe Patientin,

Gratulation, dass Sie sich dafür entschieden haben, aktiv etwas für Ihre Gesundheit zu tun.

Die **Ernährungsanalyse für die Frau** ermittelt Ihre **individuelle Ernährungssituation** unter Berücksichtigung Ihrer Gesundheitsrisiken (familiäre Belastungen), Krankheiten, Beschwerden, Medikamenteneinnahme etc.. Sie erfahren, in wieweit Ihre individuelle Ernährungssituation von den Erkenntnissen der aktuellen Ernährungsmedizin abweicht bzw. wie Sie Ihre Ernährung optimieren können.

Sie erhalten dafür von uns **detaillierte Ernährungsempfehlungen inklusive Makro- und Mikronährstoffempfehlungen (Vitalstoffe) sowie einen individuellen Ernährungsplan**, der leicht in den Tagesablauf zu integrieren ist.

Hinweise zur Bearbeitung

Nutzen Sie zum Ausfüllen dieses Fragebogens bitte ausschließlich den [Adobe Reader](#). Sie können das Programm kostenlos herunterladen. Download und Installation dauern nur wenige Minuten.

Speichern Sie bitte zunächst diesen Anamnesebogen über „Speichern unter“ auf Ihrem Rechner (z. B. auf dem Desktop).

Bitte beantworten Sie dann die nachfolgenden Fragen sorgfältig und in Ruhe.

Bitte geben Sie an, wer in Ihrer Familie nachfolgende Erkrankungen hat bzw. hatte:

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
-------------	--------	-------	--------	-----------	--------------------	--------------------	-------------------	-------------------

Atmungssystem

Asthma bronchiale								
Heuschnupfen durch Pollen (allergische Rhinopathie)								
Heuschnupfen, unklarer Ursache (allergische Rhinopathie, nicht näher bezeichnet)								

Augen und Augenanhangsgebilde

Grauer Star (Cataracta senilis)								
Grüner Star (Glaukom)								
Makuladegeneration des hinteren Poles (AMD)								

Blutbildende Organe – Immunsystem

Infektanfälligkeit (Immundefekt), nicht näher bezeichnet								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Adipositas - BMI (Körpermassenindex) ≥ 30								
Diabetes mellitus, Typ II (nicht primär insulinabhängig)								
Erhöhte Triglyzeride (reine Hypertriglyzeridämie)								
Erhöhung des LDL-Cholesterins (reine Hypercholesterinämie)								
Gicht, nicht näher bezeichnet								
Harnsäurestoffwechselstörung (Hyperurikämie) ohne Zeichen von entzündlicher Gelenkentzündung (Arthritis) oder tophischer Gicht								

Familienanamnese – genetische Risikoabschätzung

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
-------------	--------	-------	--------	-----------	--------------------	--------------------	-------------------	-------------------

Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

Allergie, nicht näher bezeichnet								
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Haut und Unterhaut

Neurodermitis (atopisches [endogenes] Ekzem)								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kreislaufsystem

Angina pectoris (Brustschmerz wg. Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße)								
Arterienverkalkung (Arteriosklerose, Atherosklerose)								
Arterienverkalkung der Hirngefäße (zerebrale Atherosklerose)								
Bluthochdruck (essentielle [primäre] Hypertonie)								
Erkrankungen der Herzkranzgefäße (chronische ischämische Herzkrankheit)								
Herzinfarkt (akuter Myokardinfarkt)								
Schlaganfall (Apoplex), nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet								
Vorhofflimmern								

Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

Chronische Polyarthritis (PCP; rheumatoide Arthritis)								
Knochenerweichung (Osteomalazie) im Erwachsenenalter								
Knochenwachstumsstörung (floride Rachitis)								
Osteoporose (Knochenschwund) ohne pathologische Fraktur (Knochenbruch)								

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
-------------	--------	-------	--------	-----------	--------------------	--------------------	-------------------	-------------------

Nervensystem – Psyche

Alzheimer-Krankheit								
Angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks (außer Spina bifida)								
Demenz (Störung der Hirnleistung), nicht näher bezeichnet								
Depressive Episode								
Hirnfarkt (ischämischer – durch Blutleere bedingter Hirnfarkt)								
Migräne								
Motoneuron-Krankheit (amyotrophische Lateralsklerose; Lou-Gehrig-Syndrom)								
Multiple Sklerose (MS)								
Parkinson-Syndrom (primäres)								
Spina bifida (angeborene Fehlbildung, z. B. „offener Rücken“)								

Neubildungen / Krebserkrankungen

Brustkrebs (Mammakarzinom)								
Dickdarmkrebs (Kolonkarzinom)								
Hautkrebs (sonstige bösartige Neubildung der Haut)								
Lungenkrebs (Bronchialkarzinom)								
Magenkrebs (Magenkarzinom)								
Mastdarmkrebs (Rektumkarzinom)								
Melanom (schwarzer Hautkrebs)								
Plasmozytom (Multiples Myelom; Morbus Kahler)								

Familienanamnese – genetische Risikoabschätzung

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
-------------	--------	-------	--------	-----------	--------------------	--------------------	-------------------	-------------------

Urogenitalsystem (Nieren, Harnwege – Geschlechtsorgane)

Nieren- und Ureterstein (Harnleiterstein)								
Stein in den unteren Harnwegen (Harnblase)								

Verdauungssystem

Gutartige Neubildung des Dickdarms (Kolon), des Mastdarms (Rektum), des Analkanals und des Anus								
Morbus Crohn (Enteritis regionalis)								

Aktivitäten pro Tag

Bitte beschreiben Sie Ihre berufliche Tätigkeit:

Sitzend

- z. B. Bürotätigkeit

Sitzend, zeitweilig gehend/stehend

- z. B. leichte Hausarbeiten

Überwiegend gehend/stehend

- z. B. Verkäuferin

Körperlich anstrengend

- z. B. Altenpflegerin

Körperlich sehr anstrengend

- z. B. Forstwirtin

Rentnerin

Schicht-/Wechseldienst

Nachtdienst

Zur Zeit arbeitslos

Teilen Sie die 24 Stunden eines Werktages auf:

Berufliche Aktivität (Arbeitszeit)

hh:mm

Schlafdauer

hh:mm

Passive Freizeit (z. B. Fernsehen, Internet, Ausruhen, Lesen)

hh:mm

Aktive Freizeit (z. B. Spazieren gehen, Einkaufen, mit Kindern spielen, Hausarbeit)

hh:mm

Summe (die Zeitangaben müssen zusammen 24 Stunden ergeben!)

hh:mm

Sportliche Aktivität

Bitte geben Sie Ihre sportliche Aktivität der letzten 6 Wochen an:

Keine sportlichen Aktivitäten

Freizeit-, Breiten- und Gesundheitssportler

Leistungssportler*

*Ein Leistungssportler trainiert mindestens 3-mal pro Woche, jeweils 90 Minuten und hat einen zusätzlichen wöchentlichen Kalorienverbrauch von wenigstens 2000 kcal.

Notieren Sie im Folgenden die Sportart sowie die Trainingshäufigkeit und -dauer pro Woche.

Sportart	Hauptsportart	Wochentag/e	Uhrzeit – von - bis
Nordic Walking (Beispiel)	x	Montag, Donnerstag	17:00-17:45, 18:30-19:00
Schwimmen (Beispiel)		Mi, Sa, So	09:00-09:30

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem Kinderwunsch und Ihren Schwangerschaften:

Nicht schwanger – ohne Kinderwunsch

Nicht schwanger – mit Kinderwunsch < 1 Jahr

Nicht schwanger – mit Kinderwunsch seit mindestens 1 Jahr

Derzeit bestehende Schwangerschaft

Körpergewicht vor der Schwangerschaft (kg)

Frühere Schwangerschaften

1. Schwangerschaft 2. Schwangerschaft 3. Schwangerschaft 4. Schwangerschaft

Geburtsjahr

Geburt zum Termin

Geburt 2 Wochen nach Termin

Frühgeburt – bis 37. Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht

Nicht gestillt

Gestillt – weniger als 6 Wochen

Gestillt – 6 Wochen und mehr

Fehlgeburt bis 16. Schwangerschaftswoche (Frühabort)

Fehlgeburt von 17. bis 28. Schwangerschaftswoche
(Spätabort)

Totgeburt – ab 29. Schwangerschaftswoche

Schwangerschaftsabbruch

Krankheiten

Bitte geben Sie nachfolgend an, welche Krankheiten Sie haben:

seit Jahr
(JJJJ)

Chronische Schmerzen
Diabetes mellitus, Typ 2
Hashimoto-Thyreoiditis
Hereditäre Fructoseintoleranz (angeborene Form)
Herzinsuffizienz (Herzschwäche)
Hypercholesterinämie (Cholesterin ↑)
Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)
Hypertonie (Bluthochdruck)
Hypertriglyzeridämie (Triglyceride ↑)
Hyperurikämie (Gicht)
Kolonkarzinom (Dickdarmkrebs)
Lactoseintoleranz
Morbus Basedow
Rheuma
Subkl. (latente) Hyperthyreose ("milde"
Schilddrüsenüberfunktion)
Entzündliche Polyarthropathien
(Gelenkerkrankungen)

Weitere Krankheiten

Operationen

Bitte geben Sie Ihre Operationen an. Die unteren Felder dienen der freien Texteingabe.

	Jahr (JJJJ)	Monat (MM)	Grund der Operation
Entfernung der Gebärmutter			
Entfernung des Eierstocks, links			
Entfernung des Eierstocks, rechts			
Entfernung beider Eierstöcke			

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein? Wenn ja, welche und wie oft?

Medikament 1	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	
Medikament 2	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	
Medikament 3	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	
Medikament 4	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	
Medikament 5	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	

Dauermedikation

Medikament 6

Name des Medikamentes/Wirkstoffs

Therapiebeginn

(TT.MM.JJJJ)

Handelsname

Wirkstoffmenge/Einheit

Dosierung/Anzahl

Darreichungsform

Medikament 7

Name des Medikamentes/Wirkstoffs

Therapiebeginn

(TT.MM.JJJJ)

Handelsname

Wirkstoffmenge/Einheit

Dosierung/Anzahl

Darreichungsform

Medikament 8

Name des Medikamentes/Wirkstoffs

Therapiebeginn

(TT.MM.JJJJ)

Handelsname

Wirkstoffmenge/Einheit

Dosierung/Anzahl

Darreichungsform

Medikament 9

Name des Medikamentes/Wirkstoffs

Therapiebeginn

(TT.MM.JJJJ)

Handelsname

Wirkstoffmenge/Einheit

Dosierung/Anzahl

Darreichungsform

Medikament 10

Name des Medikamentes/Wirkstoffs

Therapiebeginn

(TT.MM.JJJJ)

Handelsname

Wirkstoffmenge/Einheit

Dosierung/Anzahl

Darreichungsform

Bitte geben Sie Ihre Körpermaße an:

Körpergröße (cm)

Körpergewicht (kg)

Taillenumfang (cm)

Hüftumfang (cm)

Wie misst man den Umfang der Taille beziehungsweise Hüfte korrekt?

Messen Sie bitte den **Taillenumfang** mit einem Maßband in der Mitte zwischen dem unteren Rippenbogen und der Hüfte (oberhalb des Bauchnabels).

Messen Sie bitte den **Hüftumfang** am Ende des Oberschenkelknochens am breitesten Punkt der Hüfte. Achten Sie bitte stets darauf, dass das Maßband waagrecht gehalten wird.

Beschwerden / Symptome

Bitte geben Sie an, welche Beschwerden bzw. Symptome Sie haben:

Bezeichnung	Nie	Selten*	Manchmal*	Häufig*	Ständig*	Kreuzen Sie an, wenn diese Beschwerde zyklusabhängig ist
Ich bin leicht reizbar und zornig oder schlecht gelaunt.						
Ich leide unter anhaltender nervlicher und körperlicher Anspannung.						
Ich habe weniger Freude an Dingen, die mir normalerweise Spaß machen.						
Ich leide unter Niedergeschlagenheit, Depression, Hoffnungslosigkeit oder Traurigkeit.						
Ich habe das Gefühl, den Höhepunkt des Lebens überschritten zu haben.						
Ich leide unter Einschlafstörungen – Einschlafphase länger als 30 Minuten.						
Ich leide unter Durchschlafstörungen – Durchschlafphase kürzer als 4 Stunden und 30 Minuten.						
Ich leide unter einem erhöhten Schlafbedürfnis; ich bin tagsüber oft müde.						
Ich leide unter einem Spannungsgefühl der Brust.						
Meine Brustwarzen sind sehr empfindlich.						
Ich leide unter einem geblähten Leib.						
Ich leide unter Blähungen.						
Ich leide unter Völlegefühl.						
Ich habe Spannungen im Unterbauch.						
Ich habe das Gefühl, Wasser einzulagern.						
Ich nehme vor der Menstruation an Gewicht zu.						
Ich leide unter Migräneanfällen.						
Ich leide unter Kopfschmerzen.						
Ich leide unter unreiner Haut.						
Ich habe Rückenschmerzen.						

***Legende**

Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5-10 % der Zeit; Manchmal = 1- bis 2-mal pro Woche, 15-25 % der Zeit; Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35-65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70-100 % der Zeit

Weitere Beschwerden

Bitte geben Sie an, welche Beschwerden bzw. Symptome Sie haben:

Bezeichnung	Nie	Selten*	Manchmal*	Häufig*	Ständig*
Abnorme Gewichtsabnahme					
Abnorme Reflexe					
Atemnot (Dyspnoe)					
Ausbleiben der erwarteten normalen physiologischen Entwicklung					
Auszehrung; starke Abmagerung (Kachexie)					
Bauchschmerzen, sonstige und nicht näher bezeichnete					
Bauchwassersucht (Aszites)					
Blähungen (Flatulenz und verwandte Zustände)					
Blässe					
Blutung der Haut, kleinflächige, fleckenförmig (spontane Ekchymosen)					
Blutung, andernorts nicht klassifiziert					
Demoralisierung und Teilnahmslosigkeit (Apathie)					
Durchfall (Diarrhoe) und Magendarmentzündung (Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs)					
Fehlen des Geruchssinns (Anosmie)					
Fieber sonstiger und unbekannter Ursache					
Funktionelle Durchfallerkrankung (funktionelle Diarrhoe)					
Gedächtnisstörung für zeitliche und inhaltliche Erinnerungen (Amnesie)					
Gelbsucht (Ikterus), nicht näher bezeichnet					
Halluzinationen, nicht näher bezeichnet					
Herzaktionen wie Herzklopfen, Herzrasen etc., die Sie selbst wahrnehmen (Palpitationen)					
Koordinationsstörungen, sonstige und nicht näher bezeichnete					

***Legende**

Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5-10 % der Zeit; Manchmal = 1- bis 2-mal pro Woche, 15-25 % der Zeit;

Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35-65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70-100 % der Zeit

Weitere Beschwerden

Bezeichnung	Nie	Selten*	Manchmal*	Häufig*	Ständig*
Kopfschmerz					
Krämpfe und Spasmen der Muskulatur					
Krankhaft erhöhte Urinausscheidung (Polyurie)					
Krankhaftes Schwitzen (Hyperhidrose)					
Kreuzschmerz					
Kribbeln, Taub- und Pelzigsein der Haut, Taubheit etc. (Parästhesie der Haut)					
Magersucht (Anorexie)					
Ödem, anderenorts nicht klassifiziert					
Orientierungsstörung, nicht näher bezeichnet					
Reizbarkeit und Wut					
Schluckstörung (Dysphagie), sonstige und nicht näher bezeichnete					
Schwindel und Taumel					
Seemannsgang, eine Form der Gehstörung (ataktischer Gang)					
Sodbrennen					
Störung der Bewegungskoordination; Unfähigkeit gerade zu sitzen bzw. zu stehen (Ataxie)					
Störungen des Geruchs- und Geschmackssinnes, sonstige und nicht näher bezeichnete					
Tachykardie (mehr als 100 Herzschläge/Minute), nicht näher bezeichnet					
Trockene Haut (Xerosis cutis)					
Übelkeit und Erbrechen					
Übererregbarkeit von Nerven und Muskeln; anfallsartige Verkrampfungen der Muskulatur (Tetanie)					
Unwohlsein und Ermüdung					
Veränderung des Hautreliefs					
Zittern (Tremor), nicht näher bezeichnet					

***Legende**

Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5-10 % der Zeit; Manchmal = 1- bis 2-mal pro Woche, 15-25 % der Zeit;

Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35-65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70-100 % der Zeit

Geben Sie bitte nachfolgend Ihre übliche Ernährungsweise an:

Mischköstler

Verzehr von pflanzlichen sowie tierischen Nahrungsmitteln

Ovo-Vegetarier

Verzehr von pflanzlichen Nahrungsmitteln sowie Eiern

Lacto-Vegetarier

Verzehr von pflanzlichen Nahrungsmitteln sowie Milch und Milchprodukten

Ovo-Lacto-Vegetarier

Verzehr von pflanzlichen Nahrungsmitteln, Eiern sowie Milch und Milchprodukten

Veganer

Verzehr von ausschließlich pflanzlichen Nahrungsmitteln

Häufigkeit der Mahlzeiten

1. Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie am Tag zu sich?

Frühstück, Mittagessen, Abendessen, Zwischenmahlzeiten – bitte bedenken Sie: Bereits ein Stück Obst oder ein Joghurt gelten als Zwischenmahlzeit.

Außer Haus essen

2. Wenn Sie außer Haus essen, geben Sie bitte nachfolgend jeweils die Häufigkeit an (pro Woche).

Kantine	
Restaurant	
Fast-Food	

Getränke (Mineralwasser, Tee, Fruchtsäfte)

3. Wie viel Trink- und Mineralwasser und/oder ungezuckerte Getränke wie Früchte- oder Kräutertees trinken Sie am Tag?

4. Wie viel gezuckerte Getränke trinken Sie am Tag?

Beispiele: Cola-Getränke, Limonaden, Eistee, Schokoladengetränke, Energy Drinks

5. **Wie viele Light-Getränke (zuckerfrei), z. B. Cola-Light, trinken Sie am Tag?**

6. **Wie viele Frucht- und/oder Gemüsesäfte (100 % Frucht bzw. Gemüse; Direktsaft) trinken Sie am Tag?**

7. **Wie viel Zucker/Honig geben Sie täglich insgesamt zu Ihren Heißgetränken dazu?**

Brot und Getreide

8. **Wie oft essen Sie Stärke- bzw. Getreideprodukte am Tag?**
Beispiele: Brot, Reis, Nudeln, Kartoffeln

9. **Wie ist, bezogen auf Ihren gesamten Verzehr an Getreideprodukten, das Verhältnis von Weißmehl- zu Vollkornprodukten?**

Beispiele Weißmehlprodukte:
weißes Brot, Brötchen, Knäckebrot,
Fladenbrot, Kuchen, Gebäck,
Nudeln, Spätzle

Beispiele Vollkornprodukte:
Vollkornbrot, Vollkornreis,
Vollkornnudeln, Getreideflocken
wie Hafer und Gerste

Salate, Gemüse und Obst

10. **Wie viele Portionen frisches bzw. tiefgekühltes Obst essen Sie am Tag?**
Beispiele: 1 Portion (1 Hand voll) entspricht 1 mittleren Apfel oder 1 Banane.

11. **Wie ist, bezogen auf Ihren gesamten Obstverzehr, das Verhältnis von Konservenobst zu frischem bzw. tiefgekühltem Obst?**

12. **Wie viele Portionen frisches bzw. tiefgekühltes Gemüse essen Sie am Tag?**
Beispiele: 1 Portion (1 Hand voll) entspricht 1 Gemüsebeilage oder 2 Karotten oder 1 gemischten Salat als Vorspeise.

13. **Wie ist, bezogen auf Ihren gesamten Gemüseverzehr, das Verhältnis von Dosengemüse zu frischem bzw. tiefgekühltem Gemüse?**
14. **Wie häufig essen Sie Gemüse wie Endiviensalat, Feldsalat, Kohlrabi, Kopfsalat, Kresse, Mangold, Portulak, Radieschen, Rettich, Rote Beete oder Sellerie pro Woche, die höhere Nitratgehalte aufweisen können?**
Beispiele: 1 Portion (1 Hand voll) entspricht 1 Gemüsebeilage oder 1 gemischten Salat als Vorspeise.
15. **Wie oft essen Sie Hülsenfrüchte (keine Konserven)?**
16. **Essen Sie mehrmals wöchentlich Sojabohnen bzw. Sojaprodukte?**
Beispiele: Tofu, Tempeh, Sojamilch, Sojajoghurt

Milch, Joghurt, Käse

17. **Geben Sie im Folgenden an, wie viele Portionen Milch und Milchprodukte Sie am Tag essen bzw. trinken und welchen Fettgehalt diese überwiegend haben?**
Beispiele: 1 Portion entspricht 1 Glas Milch oder 1 Becher Joghurt oder 1 Becher Quark oder 1 Scheibe Käse.

Trinkmilch bis 1,5 % Fett	
Trinkmilch > 1,5 % Fett	
Joghurt bis 1,5 % Fett	
Joghurt > 1,5 % Fett	
Speisequark Mager bis 10 % Fett	
Speisequark > 10 % Fett	
Käse bis 45 % F. i. Tr.	
Käse > 45 % F. i. Tr.	
Weitere Milchprodukte	

18. Essen Sie Weichkäse aus Rohmilch?

Beispiele: Camembert, Brie, Limburger, Romadur und Münsterkäse

Probiotische Lebensmittel

19. Wie oft essen Sie probiotische Lebensmittel?

Beispiele: Sauermilchprodukte wie Dickmilch, Joghurt, Kefir, Tätte, Gärungsgemüse wie saure Gurken, Sauerkraut, Tafeloliven, andere Gemüsearten, die einer Gärung unterworfen wurden (grüne Bohnen, Kohlrabi, Kohlrübe, Möhren, Rote Beete, Sellerie, Spargel)

Eier

20. Wie viele Eier essen Sie in der Woche?

Bitte bedenken Sie, dass in Nudeln, Kuchen und Desserts auch Eier enthalten sein können, die folglich mit anzurechnen sind.

Fleisch, Geflügel und Wurstwaren

21. Wie viele Portionen "rotes" Fleisch (Schwein, Rind, Kalb, Lamm, Pferd, Schaf, Ziege) – ohne Wurstwaren – essen Sie in der Woche?

Beispiele: 1 Portion (100-120 g) entspricht 1 Schnitzel oder 3-4 Esslöffeln Geschnetzeltem.

22. Wie viele Portionen "weißes" Fleisch (Geflügel: Hähnchen, Pute, Ente etc.) – ohne Wurstwaren – essen Sie in der Woche?

Beispiele: 1 Portion (100-120 g) entspricht 1 Putenschenkel.

23. Wie ist, bezogen auf Ihren gesamten Fleischverzehr, das Verhältnis von Schweinefleisch zu Nicht-Schweinefleisch?

24. Wie oft essen Sie Wurstwaren in der Woche?

Beispiele: 1 Portion entspricht 1 Bratwurst oder 2-4 Scheiben Aufschnitt.

25. Wie ist, bezogen auf Ihren gesamten Wurstverzehr, das Verhältnis von Schweinewurst bzw. anderer Wurst zu Geflügelwurst?

26. Essen Sie Mett und Rohwurst?

Beispiele: Mettwurst, Salami, Teewurst und roher Schinken

27. Wie oft essen Sie Innereien?

Beispiele: 1 Portion (120 g) entspricht 1 Stück Leber oder Niere oder Hirn oder 3-4 Esslöffeln Geschnitzeltem.

Fisch

28. Wie viele Portionen fettreichen Meeresfisch ("Kaltwasserfisch") essen Sie in der Woche?

Beispiele: Aal, Atlantischer Lachs, Hering, Makrele, Sardelle, Sardine und schwarzer Heilbutt. 1 Portion entspricht 70 g.

29. Wie viele Portionen fettärmeren Fisch essen Sie in der Woche?

Beispiele: Alaska Seelachs, Dorade, Forelle, Kabeljau, Karpfen, Pangasius, Rotbarsch, Scholle, Schwertfisch, Seezunge, Steinbutt, Zander und Muscheln. 1 Portion entspricht 80-150 g.

30. Essen Sie Räucherfisch?

31. Wie oft essen Sie Krusten- oder Schalentiere?

Beispiele: Hummer, Krabben, Scampi

32. Wie oft essen Sie Thunfisch?

Zubereitungsformen

33. Wie häufig verzehren Sie in der Woche Nahrungsmittel, die wie folgt zubereitet sind?

Frittiert	
Paniert	
Holzkohlegegrillt	
Geräuchert	
Gepökelt	
Scharf Gebratenes	

Brotaufstriche

34. Wie häufig essen Sie süße Brotaufstriche?

Marmelade, Konfitüre, Gelee	
Honig	
Nuss-Nougat-Creme	

Fette und Öle

35. Wie viel Butter/Margarine verwenden Sie täglich?

Butter	
Margarine	

36. **Welches Öl verwenden Sie regelmäßig in der kalten Küche, z. B. für die Zubereitung von Salatsauce und in der warmen Küche, z. B. zum Braten?**

Öl	Kalte Küche	Warme Küche
Olivenöl		
Rapsöl		
Distelöl		
Leinöl		
Maiskeimöl		
Sonnenblumenöl		
Nuss, z. B. Erdnussöl		
Magarine		
Kokosfett		

37. **Wie häufig essen Sie ungesalzene Nüsse oder Samen?**
Beispiele: Mandeln, Erdnüsse, Haselnüsse; Kürbiskerne, Leinsamen etc.

Süßwaren

38. **Wie häufig essen Sie Süßwaren oder Desserts?**
Beispiele: 1 Portion entspricht 2 Riegeln Schokolade oder 1 Hand voll Weingummis oder 1 Stück Kuchen oder 1 Pudding.

Salz und Salzgebäck

39. **Wie oft essen Sie salzige Knabbereien?**
Beispiele: 1 Portion entspricht 2 Hand voll Chips oder Salzstangen oder 1 Hand voll gesalzene Nüsse.

40. **Welches Salz verwenden Sie in der Küche?**

Genussmittelkonsum

Bitte geben Sie Ihren Genussmittelkonsum an:

Kein Alkoholkonsum

Anzahl in der letzten Woche

Bier (0,3 l)

Weißwein (0,2 l)

Rotwein (0,2 l)

Spirituosen (Schnaps etc.)

Sekt / Cocktail (0,2 l)

Nichtraucher

Nichtraucher seit x Jahren

Passivraucher

Zigaretten

Anzahl pro Tag

Zigarren

Zigarillo

Pfeife

Kein Kaffeekonsum

Anzahl pro Tag

Kaffee (125 ml)

Espresso (50 ml)

Cappuccino (125 ml)

Latte macchiato (225 ml)

Grüner Tee (125 ml)

Schwarzer Tee (125 ml)

Cola Getränke (300 ml)

Energy Drinks (250 ml)

Sie können nun über den Button „Überprüfung auf Vollständigkeit“ prüfen lassen, ob Sie alle für den Check erforderlichen Pflichtangaben getätigt haben.

Herzlichen Dank, dass Sie den Anamnesebogen ausgefüllt haben.

Bitte beachten Sie: Da Ihre Daten in diesem Dokument unverschlüsselt vorliegen, sollten Sie nur sichere Übermittlungsarten nutzen.

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Mit der Zusendung des Anamnesebogens stimme ich der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern darf. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).