

Ernährungsfragebogen

Name der Patientin/des Patienten: _____

Datum: _____

Gewicht

Wann traten bei Ihnen erstmals Gewichtsprobleme auf?

- Kindheit Pubertät Schwangerschaft Wechseljahre
 Nach Operationen Durch Medikamente Nach dem Aufhören von Rauchen Durch Stress / Depressionen

Sonstiges: _____

Wie hoch ist Ihr Übergewicht?

- bis 5 kg bis 10 kg bis 15 kg bis 20 kg > 20 kg

Wie viel Gewicht möchten Sie abnehmen?

- bis 5 kg bis 10 kg bis 15 kg bis 20 kg > 20 kg

Welche Abnehmversuche / Diäten haben Sie bisher unternommen?

- Sport FDH Weight Watchers Metabolic Balance Online-Programme
 Schlank im Schlaf Low-Carb
 Sonstiges: _____

Gab es unangenehme Begleiterscheinungen bei früheren Diätversuchen?

- Hunger Müdigkeit Depression Haarausfall Jo-Jo-Effekt
 Sonstiges: _____

Haben Sie Stress?

- wenig mäßig viel

Ernährungsgewohnheiten

Wie oft essen Sie täglich?

- 2 x 3 x 4 x 5 x mehr als 5 x

Frühstücken Sie?

- regelmäßig ab und zu nie

Essen Sie zu Mittag?

- regelmäßig ab und zu nie

Essen Sie zu Abend?

- regelmäßig ab und zu nie

Wann essen Sie zu Abend?

- vor 18 Uhr 18-20 Uhr nach 20 Uhr

Wer kauft Ihre Lebensmittel ein?

- ich selbst mein/e Partner/in fremde Personen

Wer bereitet die Mahlzeiten zu?

- ich selbst mein/e Partner/in fremde Personen

Mit wem essen Sie am häufigsten?

- alleine mit der Familie mit FreundInnen/KollegInnen

Sind die Mahlzeiten für Sie angenehm?

- ich esse gerne ich habe ein schlechtes Gewissen ich esse mehr als ich will

Wie oft essen Sie auswärts?

- > 4 x/Woche 3-4 x/Woche 1-2 x/Woche 1-2 x/Monat selten / nie

Essen Sie beim Einkaufen, im Kino oder beim Fernsehen?

- immer manchmal nie

Was essen Sie dann?

- Süßigkeiten Gebäck Pizza Chips / Salziges Sonstiges: _____

Wie oft essen Sie...

... **Gemüse / Salat**

3-5 x/Tag 1-2 x/Tag 4-5 x/Woche 1-3 x/Woche selten / nie

... **Obst**

3-5 x/Tag 1-2 x/Tag 4-5 x/Woche 1-3 x/Woche selten / nie

... **Vollkornprodukte (Vollkornbrot, Vollkornnudeln, Vollkornreis, ...)**

3-5 x/Tag 1-2 x/Tag 4-5 x/Woche 1-3 x/Woche selten / nie

... **Weißmehlprodukte (helle Brötchen, Baguette, weiße Nudeln, ...)**

3-5 x/Tag 1-2 x/ 4-5 x/Woche 1-3 x/Woche selten / nie

Tag ... **Wurst**

3-5 x/Tag 1-2 x/Tag 4-5 x/Woche 1-3 x/Woche selten / nie

... **Fleisch**

3-5 x/Tag 1-2 x/Tag 4-5 x/Woche 1-3 x/Woche selten / nie

... **Fisch**

> 3 x/Woche 1-3 x/Woche 1-2 x/Monat selten / nie

... **Eier**

täglich 3-5 x/Woche 1-2 x/Woche selten / nie

... **Milch und Milchprodukte**

3-5 x/Tag 1-2 x/Tag 3-5 x/Woche 1-2 x/Monat selten / nie

... **Fast Food**

3-5 x/Tag 1-2 x/Tag 1-3 x/Woche 1-2 x/Monat selten / nie

... **Fertiggerichte (Pizza, Ravioli, Mikrowellengerichte, Konserven, ...)**

3-5 x/Tag 1-2 x/Tag 1-3 x/Woche 1-2 x/Monat selten / nie

... **Süßigkeiten / Kuchen / Knabberartikel**

3-5 x/Tag 1-2 x/Tag 4-5 x/Woche 1-3 x/Monat selten / nie

Was nehmen Sie an Getränken zu sich?

Wasser / Mineralwasser

> 5 x/Tag 4-5 x/Tag 3-4 x/Tag 1-2 x/Tag nicht täglich

Fruchtsäfte

> 5 x/Tag 4-5 x/Tag 3-4 x/Tag 1-2 x/Tag nicht täglich

Kräutertee

> 5 x/Tag 4-5 x/Tag 3-4 x/Tag 1-2 x/Tag nicht täglich

Cola, Limonaden (auch light)

> 5 x/Tag 4-5 x/Tag 3-4 x/Tag 1-2 x/Tag nicht täglich

Kaffee / schwarzer Tee

> 5 x/Tag 4-5 x/Tag 3-4 x/Tag 1-2 x/Tag nicht täglich

Genussmittel

Rauchen Sie?

> 20 Zigaretten/Tag 10-20 Zigaretten/Tag bis 10 Zigaretten/Tag gelegentlich nein

Wie oft trinken Sie Alkohol?

täglich > 3 x/Woche 1-3 x/Woche gelegentlich nie

Welche alkoholischen Getränke trinken Sie?

Keine Wein Bier Spirituosen Alkopops

Sonstiges: _____

Hinweis:

Die angegebenen Daten werden nur zu Beratungs- und statistischen Zwecken verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.