

Ihr persönlicher Fragebogen

Um Ihnen eine möglichst individuelle Ernährungsberatung anbieten zu können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Natürlich werden alle Angaben vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Ihr Name _____

Ihr Geburtsdatum _____

Datum _____

Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Diagnosen bekannt?

Diagnose		Diagnose	
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	seit: _____	<input type="checkbox"/> Rheuma	seit: _____
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	seit: _____	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	seit: _____
<input type="checkbox"/> Zustand nach Schlaganfall	seit: _____	<input type="checkbox"/> Überfunktion	
<input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt	seit: _____	<input type="checkbox"/> Unterfunktion	
<input type="checkbox"/> Typ-2-Diabetes (Zuckerkrankheit)	seit: _____	<input type="checkbox"/> Hashimoto	
ggf. mit Schädigungen der		<input type="checkbox"/> Basedow	
<input type="checkbox"/> Augen		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
<input type="checkbox"/> Nieren		<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	seit: _____
<input type="checkbox"/> Nerven		<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	seit: _____
<input type="checkbox"/> Typ-1-Diabetes	seit: _____	<input type="checkbox"/> Fettleber	
<input type="checkbox"/> Gallensteine, ggf. mit Gallenkoliken	seit: _____	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	
<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung (erhöhte Cholesterinwerte)	seit: _____	<input type="checkbox"/> Leberentzündung (NASH)	
<input type="checkbox"/> Gicht	seit: _____	<input type="checkbox"/> Leberzirrhose	
		<input type="checkbox"/> Leberfibrose	
		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
		<input type="checkbox"/> Depressionen	seit: _____

Sonstige Diagnosen: _____



Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Name des Medikaments	Einnahme			Anmerkung
	morgens	mittags	abends	

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche?

Name des Nahrungsergänzungsmittels	Einnahme			Anmerkung
	morgens	mittags	abends	

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Wenn ja, welche?

Name des Hausarztes

in