



Persönliche Angaben

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Behandelnder Ärzte: _____

Ärztliche Diagnosen: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Gewicht mit 20 Jahren _____ kg

Gewichtsverlauf letzte 6 Monate _____ kg

Soziale Situation

Ich bin

- Verheiratet
- Ledig
- In einer Partnerschaft
- Geschieden
- Verwitwet

Haushalt

- Ich lebe im Haushalt meiner Eltern
- Ich habe Kinder Anzahl _____
- _____ Kinder leben in meinem Haushalt
- Ich lebe alleine
- Ich lebe mit einem Partner zusammen

Berufliche Situation

- Ich bin berufstätig
- Beruf _____
- Arbeitszeit pro Woche _____ Stunden
- Schichtarbeit Nacharbeit
- Ich bin in Ausbildung als _____
- Ich studiere _____
- Ich bin berentet
- Ich bin arbeitsunfähig
- Ich bin arbeitslos



Warum kommen Sie zur Ernährungsberatung?

- Gewichtsreduktion
- Gewichtszunahme
- Chronische Erkrankungen
- Lebensqualität erhöhen
- Wohlbefinden steigern
- Ernährungsumstellung
- Ärztliche Empfehlung
- Sonstiges _____

Was sind Ihre Erwartungen an uns?

Was erhoffen Sie sich von einer Ernährungsberatung?

Wie sind sie auf das ZEP Saarbrücken aufmerksam geworden?

- ärztliche Empfehlung Name des Arztes _____
- durch Familienangehörige/Freunde/Bekannte
- Internet
- Zeitungsartikel
- Radio
- Sonstiges _____



Erkrankungen (bitte erläutern)

- Erhöhte Blutfettwerte
 - Erhöhte Cholesterinwerte
 - Erhöhte Triglyceridwerte
- Gicht
- Diabetes Typ 1
- Diabetes Typ 2
- erhöhter Blutdruck
- Schlafprobleme _____
- Herzerkrankungen _____
- Gefäßerkrankungen _____
- Lungenerkrankungen _____
- Wirbelsäulenerkrankungen _____
- Schilddrüsenerkrankungen _____
- Nierenerkrankungen _____
- chronisch entzündliche Darmerkrankungen _____
- Bauchspeicheldrüsenerkrankungen _____
- Lebererkrankungen _____
- Gelenkerkrankungen _____
- Autoimmunerkrankungen _____
- Krebserkrankungen _____
- Multiple Sklerose
- Osteoporose
- Gallensteine
- Sonstige Erkrankungen _____

In meiner Familie kommen folgende Erkrankungen gehäuft vor:

Ich wurde an folgenden Organen operiert (bitte mit Zeitangabe)

Beschwerden

Allgemeine Beschwerden

- Zurzeit habe ich keine Beschwerden
- Atemnot in Ruhe
- Atemnot unter Belastung (nach 1-2 Etagen)
- Atemnot unter Belastung (nach 2-3 Etagen)
- Schmerzen in der Brust
- Unregelmäßiger Herzschlag
- Schmerzen in den Beinen nach dem Gehen von < 200 m
- Schmerzen in den Beinen nach dem Gehen von < 500 m
- Sehstörungen
- Nächtliches Schnarchen
- Häufiges nächtliches Wasserlassen
- Häufiges Einschlafen am Tag
- Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Antriebslosigkeit
- Unruhe
- Verstärktes Schwitzen
- Sonstiges _____

Schmerzen

- Diffus/ nicht definierbar
- Häufige Kopfschmerzen
- Hände, Finger, Arme
- Muskelschmerzen
- Nervenschmerzen
- Lähmungserscheinungen
- Füße, Knie
- Halswirbelsäule
- Brustwirbelsäule
- Lendenwirbelsäule
- Sonstiges _____

Physiologische Veränderungen

- Vermehrte Hautverfärbungen
- Bildung von roten Dehnungsstreifen
- Häufige Pilzinfektionen
- Häufige Virusinfektionen
- Probleme mit der Wundheilung
- Krampfadern
- Haarausfall
- Sonstiges _____

Wohlbefinden

- Ich fühle mich in der körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt Ja Nein
- Ich fühle mich seelisch/psychisch beeinträchtigt Ja Nein
- Ich fühle mich in meiner sozialen/ökonomischen Situation eingeschränkt Ja Nein
- Ich isoliere/distanziere mich Ja Nein
- Ich bin in psychologischer/psychiatrischer Behandlung Ja Nein
- Ich war schon mal in einer psychologischen/psychiatrischen Behandlung Ja Nein

Gynäkologische/Urologische Informationen

- Ich bin derzeit schwanger? Ja Nein
 Schwangerschaftswoche _____
- Alter der ersten Regelblutung _____ Jahre
- Ich habe während einer Schwangerschaft mehr als 15 kg zugenommen. Ja Nein
- Ich habe nach der Entbindung wieder mein Ausgangsgewicht erreicht. Ja Nein
- Ich litt während der Schwangerschaft unter Schwangerschaftsdiabetes Ja Nein
- Befinden Sie sich in der Menopause? Ja Nein
 Seit wann? _____
- Leiden Sie unter Libidoverlust? Ja Nein
- Leiden sie unter einer Vergrößerung der Prostata? Ja Nein

Bewegungsverhalten

Ich treibe Sport Ja Nein

Sportart: _____

Häufigkeit pro Woche: _____

Ich gehe zu Fuß

< 3000 Schritte am Tag

3000 bis 6000 Schritte am Tag

> 6000 Schritte am Tag

Ich gehe regelmäßig Freizeitaktivitäten nach

Freizeitaktivität: _____

Trinkverhalten

Insgesamt trinke ich _____ Liter am Tag.

Ich trinke _____ Liter Wasser oder ungesüßten Tee am Tag.

Ich trinke _____ Liter zuckerhaltige Softdrinks und Saft am Tag

Ich trinke _____ Liter Light-Getränke am Tag

Ich trinke _____ Tassen Kaffee am Tag

mit Milch

mit Zucker

Wie häufig trinken Sie Alkohol?

täglich

3-4mal pro Woche

1-2mal pro Woche

1-2mal pro Monat

nie

Ich trinke bevorzugt folgende alkoholische Getränke _____

Raucherstatus

Ich rauche Ja Nein

Ich bin seit _____ Jahren Raucher

Ich rauche täglich _____ Zigaretten

Ich bin Ex-Raucher seit _____

Medikamente

Ich nehme folgende Medikamente (auch Insulin) und Nahrungsergänzungsmittel ein:

Medikament	Dosis	Morgens	Mittags	Abends

Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien

Ich habe folgende Allergien _____

Ich habe folgende Nahrungsmittelunverträglichkeiten _____

Ich habe gegen folgende Lebensmittel eine Abneigung _____

Kostform

Ich ernähre mich nach folgender Kostform:

- Mischkost
- vegetarische Kost
- vegane Kost
- sonstiges _____

Ernährungsverhalten

Ich esse täglich _____ Mahlzeiten (inklusive Zwischenmahlzeiten)

Ich esse regelmäßig Ja Nein

Wenn Nein: Warum essen Sie unregelmäßig? _____

Ich esse schnell Ja Nein

Ich esse langsam Ja Nein

Wer bereitet Ihr Essen zu? _____

Ich esse oft/regelmäßig außerhalb Ja Nein

Wenn ja wo z.B. Kantine, Restaurants? _____

Ich esse regelmäßig Fast Food Ja Nein

Ich esse mit Ablenkung z.B. Zeitung, Fernseher, etc. Ja Nein

Wenn ja wie? _____

Ich esse in Gesellschaft Ja Nein

Ich konsumiere Süßigkeiten und Knabbereien

mehrmals am Tag

einmal am Tag

2-3mal pro Woche

einmal pro Woche

Seltener

Wie oft? _____

Ich verzehre bevorzugt folgende Süßwaren und Knabbereien _____

Ernährungsprobleme

Ich leide unter folgenden ernährungsbezogenen Problemen

- Verstopfungen
Anzahl der Stuhlentleerungen pro Woche _____
- Durchfall
Anzahl der Stuhlentleerungen am Tag _____
- Blähungen
- Appetitlosigkeit
- Sodbrennen
- Übelkeit
- Erbrechen
- Völlegefühl
- Kaustörungen
- Schluckstörungen
- Geschmacksveränderungen

Die folgenden Fragen bitte bei bestehendem Übergewicht beantworten.

Übergewicht

Gewichtsverlauf im letzten Jahr _____

Niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht _____ kg

Höchstes (Erwachsenen-) Gewicht _____ kg

Übergewicht in der Kindheit Ja Nein

Übergewicht in der Pubertät Ja Nein

Übergewicht in der Schwangerschaft Ja Nein

Übergewicht in/seid der Menopause Ja Nein

Körperstellen an denen ich besonders zugenommen habe

- Bauch
- Brust
- Oberkörper
- Beine

Ziele

Ich möchte _____ kg abnehmen.

Ich möchte dieses Ziel in folgendem Zeitraum erreichen _____

Durch welche Maßnahmen möchten sie die Gewichtsreduktion erreichen?

- Ernährungstherapie
- Verhaltenstherapie
- Bewegungstherapie
- Hypnose
- Medikamente
- Magenballon
- Operation

Warum möchten Sie abnehmen?

- Wohlbefinden steigern
- Risikofaktoren reduzieren
- Lebensqualität steigern
- Körperliche Beschwerden lindern
- Sonstiges: _____

Warum essen Sie?

- um Hunger zu stillen
- aus Appetit
- Gelüste
- Langeweile
- Einsamkeit
- Trost
- Genuss
- Ablenkung von Problemen
- Sonstiges _____

Ich stehe nachts auf um mir etwas zum Essen zu holen Ja Nein

Haben Sie Ess-/Heißhungerattacken Ja Nein

Wenn Ja: Wann und Wie oft _____

Ich kontrolliere mein Gewicht

- täglich
- mehrfach am Tag
- 3-5mal pro Woche
- 1-2mal pro Woche
- einmal im Monat
- nie

Anzahl der durchgeführten Diäten

- noch nie
- 1-5mal
- 6-9mal
- >10mal
- regelmäßig
- ich halte ständig Diät

Durchgeführte Maßnahmen zur Gewichtsreduktion

Diätdauer

- Low Carb
- Low Fat
- Trennkost
- Mahlzeitenersatz durch Shakes
Produkt: _____
- Ernährungsumstellung
- Weight Watchers
- Steigerung der Bewegung
- Reha-Maßnahmen mit stationärem Aufenthalt
- Sonstiges _____

Ich habe folgende Medikamente zur Gewichtsreduktion eingesetzt

- Xenical
- Reductil
- Metformin
- Acomplia
- Wellbutrin
- Naltrexin
- Tapamax
- L112
- Sonstige: _____

Ich habe folgende chirurgischen Eingriffe erhalten

Zeitpunkt der Operation

- Magenballon
- Magenband
- Schlauchmagen
- Bypass
- Große Umstellungs-OP BDP