

## Fragebogen zum Ernährungsprotokoll

### Persönliche Daten

Name \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

eMail (evtl.) \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Sie sind  männlich  weiblich

schwanger  ja  nein

stillend  ja  nein

Wie alt sind Sie? \_\_\_\_ Jahre

Größe: \_\_\_\_ m, Gewicht: \_\_\_\_ kg

Körperfett: \_\_\_\_% Gesamt KM

**Krankenversicherung und Vers. Nr.:** \_\_\_\_\_

### Arbeit / Freizeit

Welcher beruflichen Tätigkeit gehen Sie nach? \_\_\_\_\_

Ist Ihre berufliche Tätigkeit vorwiegend

sitzend

stehend

\_\_\_\_\_

Wie häufig treiben Sie durchschnittlich in der Woche Sport?

nie

einmal

zweimal bis dreimal

mehr als dreimal

Welchen sportlichen Aktivitäten gehen Sie regelmäßig nach?

\_\_\_\_\_

## Risikofaktoren / Erkrankungen

Wie hoch ist Ihr Cholesterinspiegel?

- unter 200 mg/dl
- zwischen 200 mg/dl – 240 mg/dl
- über 240 mg/dl
- weiß ich nicht

Wie hoch ist Ihr Triglyceridspiegel?

- unter 150 mg/dl
- zwischen 150 mg/dl – 200 mg/dl
- über 200 mg/dl
- weiß ich nicht

Sind Sie Diabetiker?

- ja
- nein

Wie hoch ist Ihr Blutzuckerspiegel (nüchtern)?

- unter 100 mg/dl
- zwischen 100 mg/dl – 120 mg/dl
- über 120 mg/dl
- weiß ich nicht

Wie sind Ihre Harnsäurewerte im Blut?

Für Frauen:

- bis 5,7 mg/dl
- bis 6,4 mg/dl
- über 6,4 mg/dl
- weiß ich nicht

Für Männer:

- bis 7,0 mg/dl
- bis 8,2 mg/dl
- über 8,2 mg/dl
- weiß ich nicht

Wie ist Ihr Blutdruck?

- niedrig
- normal
- hoch

weiß ich nicht

Haben Sie eine Milchzuckerunverträglichkeit?

ja

nein

Sind Sie gegen andere Inhaltsstoffe /Lebensmittel allergisch?

ja

nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen / Beschwerden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind Sie aktiver Raucher?

ja

nein

Wenn ja, wieviel Zigaretten rauchen Sie am Tag? \_\_\_\_\_

Sind Sie häufig mehrere Stunden am Tag Zigarettenrauch ausgesetzt (Passivrauchen)?

ja

nein

## Medikamente

Nehmen Sie z. Zt. Medikamente?

ja

nein

wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

wie häufig?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Ernährung

Welchen Stellenwert hat bei Ihnen die Ernährung?

- sehr wichtig
- wichtig, aber nicht oberste Priorität
- nicht ganz so wichtig
- unwichtig

Wie viele Mahlzeiten essen Sie normalerweise am Tag?

- 1 - 2 Mahlzeiten
- 2 - 3 Mahlzeiten
- 3 - 4 Mahlzeiten
- 5 und mehr Mahlzeiten
- ganz unterschiedlich

Wie würden Sie Ihr Essverhalten beschreiben?

- eher regelmäßig
- eher unregelmäßig

Haben Sie schon einmal Diäten durchgeführt?

- ja
- nein

Wenn ja, wie oft?

- 1 - 3 mal
- 4 - 6 mal
- mehr als 6

Nehmen Sie Nahrungsergänzungstoffe wie z. B. Vitamin- oder Mineralstofftabletten zu sich?

- ja
- nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Angaben.