

Name _____

Datum _____

Rauchen Sie?

- Nie
- bis zu 20 Zigaretten/Tag
- mehr als 20 Zigaretten/Tag

Haben Sie Stress?

- wenig
- mäßig
- viel

Trinken Sie Alkohol?

- Nie
- selten
- 1-2 Gläser/Woche
- 1-2 Gläser/täglich
- mehr als 2 Gläser täglich

Berufliche Tätigkeit

- vorwiegend sitzend
- relativ viel Bewegung
- schwere körperliche Arbeit

Treiben Sie Sport?

- selten
- ca. 30 min/Woche
- 1-2 Stunden/Woche
- mehr als 2 Stunden/Woche

Diätgeschichte

Wie hoch war /ist Ihr Höchstgewicht?

In welchem Jahr?

Bisherige Diätversuche

- nie
- 1-3 mal
- 4-9 mal
- in regelmäßigen Abständen

Wie haben Sie bisher versucht, Gewicht zu verlieren?

Ihr körperliches Befinden

Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator oder andere implantierte, elektronische Kontroll-Vorrichtungen?

- nein ja

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?

- nein ja

Nehmen Sie hormonelle Verhütungsmittel?

- nein ja

Leiden Sie unter Verdauungsbeschwerden?

- nein
- Darmträgheit/Verstopfung

Durchfall

sonstige:

Leiden Sie unter Migräne?

Gesundheitszustand

Haben Sie eine Nahrungsmittelallergie/Unverträglichkeit?

nein

Laktoseintoleranz

Fruktoseunverträglichkeit

Histaminintoleranz

Milcheiweißallergie

Sojaweiweißallergie

Zöliakie

sonstige:

Trifft einer oder mehrere der folgenden Erkrankungen auf Sie zu?

Herzinsuffizienz

fortgeschrittene Niereninsuffizienz (oder Nebenniereninsuffizienz)

schwere Leberfunktionsstörung

akute entzündliche Darmerkrankung

Essstörung (Ess-Brech-Sucht, Binge eating disorder, Magersucht, ...)

Sonstige Krankheiten

Bekannte Stoffwechselkrankheiten

Erhöhte Blutfette

(Erhöhtes Cholesterin, erhöhte Triglyceride)

nein

ja

ja mit Medikamenten

Diabetes

nein

ja

ja mit Medikamenten

Gicht (erhöhte Harnsäure im Blut)

nein

ja

ja mit Medikamenten

Bluthochdruck

nein

ja

ja mit Medikamenten

Schilddrüsenerkrankungen

nein

ja

ja mit Medikamenten

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Nehmen Sie Medikamente?

Was möchten Sie mit meiner Hilfe erreichen?