

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,
das folgende Formular enthält Fragen zu Ihren Ernährungsgewohnheiten. Es soll es unseren Ärzten und Healthcoaches erleichtern mögliche Gesundheitsrisiken aufzuspüren und einzuschätzen. Die Lebensmittel, die wir essen und trinken, sind einer der wichtigsten Faktoren, die bestimmen, ob wir gesund sind oder krank. Das Ziel dieser Fragen ist nicht, ein Urteil zu fällen, sondern eine genaue Vorstellung davon zu bekommen, was Sie essen und wie es (oder nicht) zu gesundheitlichen Risiken und/oder schon bestehenden Problemen beitragen könnte. Je genauer und ehrlicher Sie in Ihren Antworten sind, desto besser können wir Ihnen helfen Entscheidungen zu treffen, die Gesundheit und Wohlbefinden fördern.

Bitte beantworten Sie alle der gestellten Fragen und senden Sie den Fragebogen möglichst 7 Werktage vor Ihrem Termin an uns zurück.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Geben Sie bitte die Häufigkeit an, mit der Sie die folgenden Lebensmittel essen, indem Sie die entsprechende Box markieren. HÄUFIG = mindestens einmal am Tag, OFT = mehrmals pro Woche, GELEGENTLICH = einmal pro Woche oder weniger, SELTEN = ein- oder zweimal pro Monat oder weniger und NIE = totale Vermeidung.

	HÄUFIG	OFT	GELE- GENT- LICH	SELTEN	NIE
Alkoholische Getränke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen Sie in Restaurants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gebäck, Kekse, Süßigkeiten, Eis und andere Süßigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weißes Mehl: Brot, Nudeln, Pfannkuchen, Cracker, Muffins, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Süßen Sie extra: Kaffee, Tee, Getreide oder and. Lebensmittel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sodas / Softdrinks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diät-Softdrinks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fruchtsäfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Künstliche Süßstoffe (Xylit, Sorbitol, Saccharin, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Natürliche Süßstoffe (Honig, Ahornsirup, Agave, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frühstückscerealien (heiß oder kalt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verpackte Lebensmittel: Chips, Cracker, Brezeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflanzenöle (Sonnenblumen, Maiskeim, Distel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Margarine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frittierte Lebensmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Olivenöl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avocados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesättigte Fette (Butter, Ghee, Schmalz, Kokosnuss)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fetter Fisch (Lachs, Makrele, Sardinen, Hering)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nüsse und Samen, Nuss- / Samenbutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasteurisierte Molkereiprodukte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rohmilchprodukte (Wenn ja: fettfrei <input type="radio"/> , niedriger Fettgehalt <input type="radio"/> , Vollfett <input type="radio"/> ?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fermentierte Milchprodukte (Joghurt, Kefir, Käse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eier: (Wenn: Freiland <input type="radio"/> , Bio <input type="radio"/> , konventionell <input type="radio"/>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geflügel oder Geflügel (Huhn, Truthahn, Ente usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schweinefleisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rotes Fleisch (Rind, Lamm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verarbeitetes Fleisch (Speck, Wurst, Salami, Schinken, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Innereien (Leber, Niere, Bries, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sojaprodukte (Tofu, Tempeh, Sojamilch)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salate, rohes Gemüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fermentiertes Gemüse (Sauerkraut, Kimchi, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nicht stärkehaltiges Gemüse (Grünes Gemüse, Kürbis, Karotten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stärkegemüse (Kartoffeln, Süßkartoffeln)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frische Früchte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bohnen und Hülsenfrüchte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vollkornprodukte und Vollkornbrote (mit Weizen / Gluten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alternative Körner (Quinoa, Buchweizen, Teff, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kräuter und Gewürze (frisch oder getrocknet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schokolade (Wenn ja: Milch <input type="radio"/> oder dunkel <input type="radio"/>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kräutertees	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kaffee (Wenn ja: regulär <input type="radio"/> oder entkoffeiniert <input type="radio"/>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koffeinhaltige Tees (Wenn ja: schwarz <input type="radio"/> oder Grün <input type="radio"/>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salz (Wenn ja: jodiert <input type="radio"/> oder Meersalz <input type="radio"/>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte geben Sie an, ob Sie auf einer speziellen Diät sind:

<input type="radio"/> Milchfrei	<input type="radio"/> Ovo-Lakto-Vegetarier	<input type="radio"/> Glutenfrei
<input type="radio"/> Diabetes Diät n. DDG	<input type="radio"/> Paleo	<input type="radio"/> Vegetarier
<input type="radio"/> GAPS (Gut And Psychology Syndrome)	<input type="radio"/> Vegan	<input type="radio"/> Andere

Wenn Sie eine der Diäten ausgewählt haben, wie lange sind Sie schon auf dieser Diät?

Wenn Sie eine der Diäten ausgewählt haben, wie streng sind Sie darauf?
(Zum Beispiel: 80/20, die ganze Zeit, außer an bestimmten Feiertagen)

Bitte kreuzen Sie alle Felder an, die Ihre aktuellen Essgewohnheiten beschreiben:

<input type="checkbox"/> Sie essen während der Fahrt, vor dem Fernseher oder Computer, oder „nebenher“	<input type="checkbox"/> Sie essen nicht wirklich aus Genuss; Sie essen meistens nur zur Nahrungsaufnahme
<input type="checkbox"/> Sie sind ein schneller Esser	<input type="checkbox"/> Sie essen viele vorgefertigte oder abgepackte Lebensmittel und Snacks
<input type="checkbox"/> unregelmäßige Essgewohnheiten (Essenszeiten, Portionsgrößen etc.)	<input type="checkbox"/> Mangel an Auswahl an gesunden Lebensmitteln in der Nachbarschaft
<input type="checkbox"/> Sie essen „zu viel“	<input type="checkbox"/> Sie essen nicht als Familie zusammen Frühstück oder Abendessen
<input type="checkbox"/> Sie essen spät abends	<input type="checkbox"/> Sie haben nicht die gleichen Mahlzeiten, auch wenn Sie gemeinsam am Tisch sitzen (spezielle Ernährungsbedürfnisse und / oder Essensvorlieben)
<input type="checkbox"/> Sie essen mitten in der Nacht	<input type="checkbox"/> Emotionaler Esser (wenn traurig, gelangweilt)
<input type="checkbox"/> Zeitbeschränkungen (kurze Pausen)	<input type="checkbox"/> Haben Sie eine negative Beziehung zum Essen?
<input type="checkbox"/> Häufiges reisen	<input type="checkbox"/> Diät oft zur Gewichtskontrolle
<input type="checkbox"/> Sie essen mehr als 50 % der Mahlzeiten zu Hause	<input type="checkbox"/> Kampf mit Essproblemen oder Geschichte von Essstörungen
<input type="checkbox"/> Sie kümmern sich nicht um's Kochen	<input type="checkbox"/> Sie essen zu viel oder zu wenig unter Stress
<input type="checkbox"/> Sie sind verwirrt bzgl. Ernährungsempfehlungen	

Raum für zusätzliche Kommentare:

1) Beschreiben Sie ein typisches Frühstück (einschließlich der Uhrzeit, zu der Sie es essen).

2) Haben Sie einen Vormittagssnack?

Ja Nein Manchmal

Wenn ja, meistens / z.B.:

3) Beschreiben Sie ein typisches Mittagessen (einschließlich der Zeit, zu der Sie es essen).

4) Haben Sie einen Nachmittagssnack?

Ja Nein Manchmal

Wenn ja, meistens / z.B.:

5) Beschreiben Sie ein typisches Abendessen (einschließlich der Uhrzeit, zu der Sie es essen).

6) Essen Sie ein „Betthupferl“?

- Ja Nein Manchmal

Wenn ja, meistens / z.B.:

7) Essen Sie Dessert nach:

- Mittagessen? Abendessen? beide? "Ich esse keinen Nachtisch."

Wenn ja, meistens / z.B.:

8) Wachen Sie mitten in der Nacht hungrig auf?

- Ja Nein Manchmal

Wenn ja, essen Sie dann etwas? Was essen Sie dann?

Raum für zusätzliche Kommentare: