



# Anamnesebogen Ernährungsberatung

- Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_
- Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_
- E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf / Tätigkeitsfeld: \_\_\_\_\_

## MEDIZINISCHE GESUNDHEITSANAMNESE

### Vorerkrankungen (Diagnosen)

Bitte ankreuzen oder ergänzen:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Orthopädische Beschwerden
- Diabetes / Prädiabetes
- Bluthochdruck
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Autoimmunerkrankungen
- Allergien
- Wenn ja, beschreibe deine Diagnose: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## MEDIKAMENTE/NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL

Medikament / Supplement: \_\_\_\_\_

### Verdauung

- Regelmäßiger Stuhlgang
- Reflux / Sodbrennen
- Durchfall
- Blähungen
- Völlegefühl
- Verstopfung
- Unverträglichkeiten
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## BISHERIGE ERFAHRUNGEN

### Sport / Bewegung

Derzeitiges Sportprogramm ( Art / Dauer / Häufigkeit / Intensität):

---

---

---

### Ernährung

Frühere Versuche (Diäten / Apps / Programme / Erfolge / Rückschläge):

---

---

---

## ERNÄHRUNGSANALYSE

Essgewohnheiten - Tagesstruktur

Frühstück:

---

---

Snack 1:

---

Mittagessen:

---

---

Snack 2:

---

Abendessen:

---

---

Weitere Snacks: \_\_\_\_\_

Wiederkehrende Mahlzeiten : \_\_\_\_\_

### Essumgebung (ankreuzen)

- Zuhause     Arbeitsplatz     Kantine
- Restaurant     Bäckerei     Unterwegs
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Appetit / Essverhalten

- Heißhunger     Emotionales Essen
- Stressessen     Regelmäßige Kontrolle verloren?     Ja     Nein

### LIFESTYLE & ALLTAG

#### Barrieren & Herausforderungen

- Zeitmangel     Schichtarbeit     Familie / Haushalt
- Stress im Alltag     Müdigkeit / Erschöpfung     Fehlendes Wissen
- Unregelmäßiger Tagesablauf     Routinen fehlen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### FREIER BEREICH – WICHTIGE ANMERKUNGEN

(Fragen / Anmerkungen / Sonstiges):

---

---

---

---

### Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

- Ich willige ein, dass Daniel Schade (DS Health) meine personenbezogenen Daten sowie die von mir freiwillig angegebenen Gesundheitsdaten zum Zweck der Ernährungsberatung und des Personal Trainings erheben, speichern und verarbeiten darf.
- Ich wurde darüber informiert, dass die Verarbeitung gemäß der Datenschutzerklärung von DS Health erfolgt und ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_