

Name:  Vorname:

Strasse:  PLZ/Ort:

Telefonnummer:  Geb. Datum:

Email<sup>1</sup>:

Beruf:

Aus welchem Grund kommen Sie zu mir?

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihren Ernährungsgewohnheiten:**

**Welche Mahlzeiten nehmen Sie regelmässig üblicherweise ein?**

	Mo-Fr	Sa-So
Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischenmahlzeit am Nachmittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spätessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wann nehmen Sie die Hauptmahlzeit ein?**

	Mo-Fr	Sa-So
Am Morgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Vormittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Mittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Nachmittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Abend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wo nehmen Sie die Hauptmahlzeit ein?**

	Mo-Fr	Sa-So
Zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Kantine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An/in einem Imbiss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An verschiedenen Orten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie nehmen Sie die Hauptmahlzeit üblicherweise ein?**

	Mo-Fr	Sa-So
Meistens alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teils/teils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Welche Fette / Öle verwenden Sie? \***

a) zum Kochen, Braten, Backen?

Butter	<input type="checkbox"/>
Margarine	<input type="checkbox"/>
Feste Pflanzenfette wie Rama...	<input type="checkbox"/>
Olivenöl	<input type="checkbox"/>
andere Pflanzenöle	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

b) für Salatsoßen, zum Verfeinern?

Mayonnaise	<input type="checkbox"/>
Sahne/Crème fraîche	<input type="checkbox"/>
Olivenöl	<input type="checkbox"/>
andere Pflanzenöle	<input type="checkbox"/>
Fertigsoßen für Salate	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

c) als Brotaufstrich?

Butter	<input type="checkbox"/>
Margarine	<input type="checkbox"/>
Halbfettbutter	<input type="checkbox"/>
Halbfettmargarine	<input type="checkbox"/>
Frischkäse/Quark etc.	<input type="checkbox"/>
Sonstiges <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

\* 1= regelmässig | 2= gelegentlich | 3= gar nicht | 4= nicht bekannt

<sup>1</sup> Wird für die Terminbestätigung/-erinnerung, Versand der Rechnung und des Newsletters verwendet.

## Verwenden Sie Salz zum Nachsalzen?

- Nur dann, wenn das Essen nicht   
genügend gesalzen ist
- Grundsätzlich immer
- Selten, nie

## Verzehren Sie Getränke, Suppen und Salate zu den Mahlzeiten?

- Salate
- Suppen
- Getränke

- 1= meistens vor dem Essen  
2= meistens während dem Essen  
3= meistens nach dem Essen  
4= selten  
5= gar nicht

## Wie lange dauert bei Ihnen eine Mahlzeit durchschnittlich?

- |             | Dauer in Minuten          |
|-------------|---------------------------|
| Frühstück   | <input type="text"/> Min. |
| Mittagessen | <input type="text"/> Min. |
| Abendessen  | <input type="text"/> Min. |

## Welche der folgenden Lebensmittel haben Sie regelmäßig im Haus?

- Süßigkeiten
- Limonade, Cola
- Snacks, Salzgebäck, Nüsse
- Alkoholische Getränke

## Wie würden Sie die Atmosphäre beschreiben, in welcher Sie meistens essen?

  
  


---

## Wie viel essen Sie bei großen seelischen Belastungen/Stress?

### Im Vergleich zu normalen Situationen

- esse und trinke ich viel mehr
- esse und trinke ich viel weniger
- keine Änderung
- weiß nicht

## Welche der folgenden Aussagen treffen für Sie zu?

Der Teller wird grundsätzlich leer gegessen, auch wenn ich schon satt bin.

Der Anblick bzw. der Geruch von Speisen (z.B. Backwaren, Grillwürste) verleitet mich zum Essen, obwohl ich keinen Hunger habe.

Ich habe sehr häufig einen regelrechten „Heißhunger“ auf Süßes/ Salziges.

- 1 = Ja, trifft zu  
2 = Nein, trifft nicht zu  
3 = nicht bekannt

Starke Hungergefühle treten bei mir öfters am Tag auf, insbesondere am/vor/nach

  
  


## Halten Sie Diäten (z.B. Diabetes-Diät) oder ernähren Sie sich nach einer bestimmten Ernährungsweise (z.B. Vegetarismus, Vollwertkost)?

welche?

seit wann?

warum?

### bei Diät:

ärztlich verordnet  ja  nein

## Einstellung

Was sind Sie bereit für Ihre Ernährung zu tun?

  

Wie viel Zeit möchten Sie in Zukunft täglich dafür aufbringen?

- keine zusätzliche Zeit
- < 0,5 Std.
- > 0,5 Std.
- > 1 Std.
- >1,5 Std.

## Sportliche Aktivitäten

Treiben Sie Sport? ja  nein

Welchen Sport betreiben Sie?

  

Wie häufig üben Sie diese Sportart(en) in der Woche aus?

- 1x
- 2x
- 3x
- 4x
- öfter

Wie lange dauern die Trainingseinheiten ungefähr?

- < 0,5 Std.
- > 0,5 Std.
- > 1 Std.
- >1,5 Std.
- länger

## Arbeit

Sind Sie in Ihrem Beruf zufrieden? ja  nein

Begründung:

  

Haben Sie „Stress“? ja  nein

Begründung:

  

## Arbeitsintensität / Tag?

- 4 Std.
- > 8 Std.
- > 12 Std.
- Schicht?  ja  nein

Schichtmodell:

Sind Sie Pendler?  ja  nein

Fahrtdauer:

## Diverse Fragen zu Ihrer Gesundheit

Nehmen Sie Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche?

  

Gegen welche Erkrankung(en)?

  

## Ihre persönliche Einschätzung

Was machen Sie besonders gut, weniger gut – welches sind Ihre Stärken/Schwächen in Bezug auf Ihre Ernährung?

**Wie oft verzehren Sie folgende Lebensmittel und Getränke?**

	Mehrmals täglich	Täglich	Mehrmals in der Woche	Woche/Etwa einmal in der Woche	Mehrmals im Monat	Etwa einmal im Monat	Nie	Bemerkungen
Milch, Buttermilch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quark, Joghurt, Dickmilch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sahne, Crème fraîche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fleisch (ohne Wurstwaren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurstwaren, Schinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geflügel, Wild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gemüse, gegart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hülsenfrüchte (z.B. Bohnen, Linsen, Erbsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salate, Rohkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kräuter, frisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obst, frisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kartoffeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teigwaren hell (Nudeln, Spätzle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reis (weiß)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vollkornreis, Vollkornnudeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knödel (Kartoffel-, Semmelknödel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pommes frites, Bratkartoffeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mehlspeisen als Hauptgericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haferflocken, Müsli, Cornflakes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weißbrot, -brötchen, Toastbrot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mischbrot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vollkornbrot, -brötchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knäckebrot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kuchen, Torten, Gebäck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Honig, Konfitüre, Nougatcreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schokolade, Pralinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonstige Süßwaren (z.B. Bonbons)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
salzige Knabbereien (z.B. Chips, Erdnüsse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obst- und Gemüsesäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mineralwasser, Leitungswasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kräuter-, Früchtetee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaffee, schwarzer Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Limonade, Colagetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spirituosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diätgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Hinweis**

Diese Angaben sind für mein weiteres Vorgehen von entscheidender Bedeutung. Sollten Sie in einzelnen Punkten nicht die Wahrheit angegeben haben, kann dies zu einer fehlerhaften Einschätzung und somit zu einer fehlerhaften Beratung führen, welche Ihrer Gesundheit beeinträchtigen kann.

Falls Sie verhindert sein sollten, bitte informieren Sie mich mindestens 24h vorher. So ersparen Sie sich die Verrechnung des Termins. Zu diesem Zeitpunkt hatte ich bereits Vorbereitungsarbeiten. Diese Zeit wird Ihnen mit einer Pauschale von CHF 80.00 (entspricht 50% des Ersttermins) in Rechnung gestellt. Diese Gebühr entfällt, wenn Sie einen Ersatztermin abmachen.

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