

Anamnesebogen

Allgemeine Angaben zur Person

Vorname / Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Biometrische Daten

Körpergröße: _____cm Umfang Hüfte: _____cm

Körpergewicht: _____kg Umfang Taille: _____cm

Körperfettanteil: _____%

Sonstige Angaben

Schwanger: ☐ Ja ☐ Nein

Stillen: ☐ Ja ☐ Nein

Aktuelle Ernährungsform: _____

Trinkst du Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Was, wie oft und wie viel?

Tagesablauf

Wie viele Stunden schläfst du? _____h

Wie viele Stunden arbeitest du (inkl. Hausarbeit)? _____h

Wie viele Stunden hast du Freizeit? _____h

Körperliche Belastung

Beruf / Tätigkeit:

Aktueller Beruf: _____

☐ Ausschließlich sitzende Tätigkeit mit wenig oder keiner körperlichen Aktivität in der Freizeit z.B. Büroarbeit

☐ Sitzende Tätigkeit mit zeitweilig gehender oder stehender Tätigkeit (z.B. Studierende, Fließbandarbeiter, Laboranten, Kraftfahrer)

☐ Überwiegend gehende oder stehende Tätigkeit (z.B. Verkäufer, Kellner, Handwerker, Mechaniker, Hausfrauen)

☐ Körperlich anstrengende berufliche Arbeit (z.B. Bauarbeiter, Leistungssportler, Waldarbeiter)

Freizeitaktivität:

☐ Ausschließlich sitzende Tätigkeit mit wenig oder keiner körperlichen Aktivität in der Freizeit

☐ Sitzende Tätigkeit, zusätzlicher Energieaufwand für zeitweilige gehende/stehende Tätigkeiten

☐ Überwiegend gehende/stehende Tätigkeit

☐ Körperlich anstrengend

Sport

Welche Sportart führst du aktuell aus und wie viel Stunden pro Woche?

Welche Sportarten/Trainingsprogramme hast du in der Vergangenheit schon ausprobiert?

Wenn Krafttraining: Trainierst du bis ans Muskelversagen?

☐ Ja ☐ Nein

Ziele

Welches Ziel verfolgst du:

☐ abnehmen:

Reduzierung um: _____kg

In welchem Zeitraum: _____Wochen

☐ Gewicht halten

☐ zunehmen:

Zunahme um: _____kg

in welchem Zeitraum: _____Wochen

Was erwartest du von der Ernährungsberatung?

Warum möchtest du die Ernährungsberatung machen?

Gesundheit

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien gegen spezielle Lebensmittel? o Ja o Nein

Wenn ja: Wo gegen?

Leidest du an Krankheiten? (Diabetes, Allergien, HerzKreislaufbeschwerden, o.Ä.)

o Ja o Nein

Wenn ja: An welcher?

Nimmst du Medikamente ein? o Ja o Nein

Wenn ja: Welche?

Gibt es bekannte Krankheiten in der Familie? (Diabetes, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Alzheimer)

Essverhalten

Welche Lebensmittel magst du geschmacklich nicht?

Auf welche Lebensmittel möchtest du ungern verzichten?

Zu welcher Tageszeit hast du am meisten Hunger und wann am wenigsten?

Leidest du an Heißhungerattacken? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Zu welcher Tageszeit? Wie häufig treten diese auf?

Wie viel Zeit nimmst du dir im Durchschnitt beim Essen?

Isst du allein, mit Familie/Freunden/Kollegen?

Nimmst du Nahrungsergänzungsmittel zu dir? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Welche?

Hast du in der Vergangenheit schon einmal eine Diät versucht? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Welche und mit welchem Erfolg?

Welche Verpflegungsmöglichkeiten hast du auf der Arbeit? (Kantine, Mikrowelle)

KISANA Nutrition

Individuell. Nachhaltig. Alltagstauglich.

Tim Kißenkötter
Ernährungsberater
+49 152 52442641
kontakt@kisana-nutrition.de
www.kisana-nutrition.de