

Fragebogen für eine ganzheitliche Ernährungsberatung

Fachberaterin für holistische Gesundheit:

Name: Britta Schumacher
Telefon: 01 51 43 22 98 08
Email: schumbr@gmx.de
Homepage: www.ur-gesundheit.de

bitte ausfüllen

Name:
Telefon:
Email:
Anschrift:

Alter:
Größe in cm:
Gewicht in kg:
Familienstand:
Im Haushalt lebende
Kinder:
Beruf/ Tätigkeit:
tgl. Arbeitszeit in h:

Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Situation

Welche gesundheitlichen Probleme haben Sie derzeit und seit wann bestehen sie?

Allergien

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Bluthochdruck oder zu niedriger Blutdruck ja nein

Hoher Cholesterinwert ja nein

Diabetes ja nein

Hautprobleme ja nein

wenn bekannt, welche

Kopfschmerzen oder Migräne ja nein

Magenprobleme ja nein

Darmprobleme: Blähungen Verstopfung Durchfall, Sonstiges

ja nein

Müdigkeit

ja nein

Pilzinfektion: Darmpilz, Genitalpilz, Nagelpilz, Hautpilz

ja nein

Rheuma, Gicht, Arthrose

ja nein

Rückenprobleme

ja nein

Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion

ja nein

Osteoporose

ja nein

Infektanfälligkeit

ja nein

Schlafstörungen

ja nein

Sonstige Beschwerden?

Was ist Ihr Hauptproblem?

Ihre Zahnsituation

Haben Sie Zahnfleischprobleme?

ja nein

Wie viele Amalgamfüllungen haben Sie?

Wurden bereits Füllungen entfernt?

ja nein

Wenn ja, wie viele und wann?

Wurde eine Ausleitung vorgenommen?

ja nein

Wenn ja, wann und in welcher Form?

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?

ja nein

Wenn ja, wie viele?

Allgemeine Fragen

Leiden Sie unter Stress, Ängsten, Depressionen?

ja nein

Wenn ja, seit wann?

Welche Gesichts- bzw. Körperpflegeprodukte verwenden Sie?

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche, wofür und seit wann?

Nehmen Sie derzeit Hormone ein? (z. B. Pille, Hormonpflaster, Hormontinktur)

ja nein

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, mit welcher Erkrankung?

Waren Sie schon einmal in naturheilkundlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, mit welcher Erkrankung?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungen ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie (Zigaretten, Zigarre, Pfeife)? ja nein

Treiben Sie Sport?

ja nein

Wenn ja, welche Sportart und wie oft pro Woche?

Haben Sie Ihre Ernährung bereits umgestellt? ja nein

Wenn ja, wann und was haben Sie verändert?

Ernähren Sie sich vegetarisch, vegan oder sind Sie Rohköstler? ja nein

Bereiten Sie Ihr Mittagessen selbst zu? ja nein

Essen Sie mittags in der Kantine, Gaststätte oder anderswo? ja nein

Verwenden Sie eine Mikrowelle? ja nein

Verwenden Sie Süßstoff? ja nein

Verwenden Sie gerne Light-Produkte? ja nein

Welches Salz verwenden Sie zum Kochen?

Welches Öl, Margarine verwenden Sie zum Braten?

Essen Sie gerne Süßes? ja nein, wie oft pro Tag

Ihre derzeitige Ernährungsweise:

Das Frühstück

Um welche Uhrzeit frühstücken Sie?

Was frühstücken Sie und in welcher Menge?

Favorisieren Sie eher Butter oder Margarine auf dem Brot?

Essen Sie Ihr Müsli mit oder ohne Zucker; mit oder ohne Früchte?

Verwenden Sie für Ihr Müsli Joghurt, Kuhmilch oder eine pflanzliche Milch?

Trinken Sie morgens Bohnenkaffee, Getreidekaffee, Tee oder Säfte? Und in welcher Menge?

Was essen Sie zwischen dem Frühstück und dem Mittagessen?

Das Mittagessen

Um welche Uhrzeit essen Sie zu Mittag?

Was essen Sie mittags und wie oft pro Woche:?

Kartoffeln ja nein, wie oft pro Woche

weißer oder vollwertiger Reis: ja nein, wie oft pro Woche

anderes Getreide: ja nein, wie oft pro Woche

Gemüse: ja nein, wie oft pro Woche

Welches Gemüse mögen Sie gar nicht?

Käsegerichte: ja nein, wie oft pro Woche

Eiergerichte: ja nein, wie oft pro Woche

Fleisch: ja nein, wie oft pro Woche

Fisch: ja nein, wie oft pro Woche

Tofu: ja nein, wie oft pro Woche

Ansonsten:

Salat: ja nein, wie oft pro Woche

Essen Sie ihn vor, während oder nach dem Essen?

Mit Essig und Öl, Joghurt- oder Sahnedressing?

Was essen Sie zwischen dem Mittagessen und dem Abendessen?

Das Abendessen

Um welche Uhrzeit essen Sie zu Abend?

Was essen Sie abends und wie oft pro Woche?

Brot:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, wie oft pro Woche	<input type="text"/>
Wurst:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, wie oft pro Woche	<input type="text"/>
Käse:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, wie oft pro Woche	<input type="text"/>
Salat:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, wie oft pro Woche	<input type="text"/>
Milchprodukte:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, wie oft pro Woche	<input type="text"/>
Obst:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, wie oft pro Woche	<input type="text"/>
Kartoffeln, Nudeln, Reis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, wie oft pro Woche	<input type="text"/>
Fleisch, Fisch, Eier, Tofu:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, wie oft pro Woche	<input type="text"/>
Gemüse:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein wie oft pro Woche	<input type="text"/>
Ansonsten:	<input type="text"/>		

Was essen Sie zwischen dem Abendessen und dem Zubettgehen?

Was und wie viel trinken Sie am Tag?

Kaffee:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, wie viel pro Tag	<input type="text"/>
Tee: (Schwarztee, Grüntee, Früchtetee, sonstiger Tee)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, wie viel pro Tag	<input type="text"/>
Softgetränke, wie Cola:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, wie viel pro Tag	<input type="text"/>
gesüßte Getränke:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, wie viel pro Tag	<input type="text"/>
kohlensäurehaltiges Wasser:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, wie viel pro Tag	<input type="text"/>
stilles Wasser:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, wie viel pro Tag	<input type="text"/>
Leitungswasser:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, wie viel pro Tag	<input type="text"/>
Alkohol: Wein, Bier, Schnaps etc.:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, wie viel pro Tag	<input type="text"/>

Was möchten Sie mir zusätzlich mitteilen?