

## **Fragebogen zur Erstellung eines individuellen Ernährungsplans**

Ganzheitliche Ernährungsberaterin  
Regina Schneider  
Praxis Dr. Stefan Helbig  
Stauchwiesen 38  
67659 Kaiserslautern  
Email:  
reginaschneider@dr-helbig.de  
Tel.-Nr.: 06301 8383

### **Patientendaten**

Name:

Telefonnummer/Email-Adresse:

Alter:

Größe:

Gewicht:

Familienstand:

Beruf:

Im Haushalt lebende Kinder:

Was erhoffen Sie sich von meiner Tätigkeit?

### **Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Situation:**

Welche gesundheitlichen Probleme haben Sie zur Zeit und seit wann bestehen diese?

Allergien:

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Bluthochdruck oder zu niedriger Blutdruck:

Hohe Cholesterinwerte:

Diabetes:

Hautprobleme:

Kopfschmerzen oder Migräne:

Magenprobleme:

Darmprobleme (Verstopfung, Blähungen, Durchfall, Sonstiges):

Müdigkeit:

Pilzinfektionen (Darmpilz, Genitalpilz, Nagelpilz, Hautpilz):

Rheuma, Gicht, Arthrose:

Rückenprobleme (in welchem Bereich, und wie äußern sie sich):

Schilddrüse (Überfunktion, Unterfunktion, Hashimoto):

Osteoporose:

Infektanfälligkeit:

Schlafstörungen:

Sonstige Beschwerden:

Welches ist Ihr Hauptproblem?

Haben Sie Zahnfleischprobleme?

Wie viele Amalgamfüllungen haben Sie?

Wenn ja, wurden bereits Füllungen entfernt, und eine Ausleitung vorgenommen?

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? Wenn ja, wie viele?

Leiden Sie unter Stress, Ängsten, Depressionen? Wenn ja, seit wann?

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche und seit wann?

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

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche?

Sind Sie z. Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, mit welcher Erkrankung?

Wurden Sie schon einmal naturheilkundlich behandelt?  
Wenn ja, mit welcher Erkrankung?

Rauchen Sie (Zigaretten, Zigarre, Pfeife, E-Zigarette) ?

Treiben Sie Sport? Wenn ja, welche Sportart und wie oft pro Woche?

Haben Sie Ihre Ernährung bereits umgestellt?  
Wenn ja, wann und was haben Sie verändert?

Ernähren Sie sich nach einer speziellen Ernährungsform (vegan, vegetarisch, ...)?

Bereiten Sie Ihr Mittagessen selbst zu?

Essen Sie oft auswärts (Kantine, Gaststätte oder anderswo) ?

Verwenden Sie eine Mikrowelle?

Verwenden Sie Süßstoff?

Verwenden Sie Light-Produkte?

**Fragen zur momentanen Ernährung:**

Zu welcher Uhrzeit frühstücken Sie?

Was frühstücken Sie und in welcher Menge?

Essen Sie eher Butter oder Margarine?

Essen Sie Müsli mit/ohne Zucker, mit/ohne Früchte?

Welche Milch verwenden/trinken Sie?

Was trinken Sie morgens und wie viel?

Was essen Sie zwischen dem Frühstück und dem Mittagessen?

Um welche Zeit essen Sie zu Mittag?

**Was essen Sie mittags und wie oft in der Woche?**

Kartoffeln:

weißer oder vollwertiger Reis:

anderes Getreide:

Gemüse:

Käsegerichte:

Eiergerichte:

Fleisch:

Fisch:

Tofu:

Sonstiges:

Salat:

Essen Sie den Salat vor, während oder nach dem Essen?

Mit Essig/Öl-Dressing, Joghurt- oder Sahnedressing?

Was essen Sie zwischen dem Mittagessen und dem Abendessen?

Um welche Uhrzeit essen Sie zu Abend?

**Was essen Sie abends und wie oft pro Woche?**

Brot:

Wurst:

Käse:

Salat:

Milchprodukte:

Obst:

Kartoffeln, Nudeln, Reis:

Fleisch, Fisch, Eier, Tofu:

Gemüse:

Ansonsten:

Was essen Sie zwischen dem Abendessen und dem Zubettgehen?

**Was und wie viel trinken Sie am Tag?**

Kaffee:

Tee (Schwarz, Grün, Früchte, Sonstiger):

Softgetränke wie Cola:

gesüßte Getränke:

kohlensäurehaltiges Wasser:

stilles Wasser/Leitungswasser:

Alkohol:

Gibt es etwas, das Ihnen nicht schmeckt?

Was möchten Sie mir zusätzlich mitteilen?