



Name: _____ Vorname: _____
 Straße: _____ PLZ/Ort: _____
 Tel.nr.: _____ E-Mail: _____
 Geb.dat.: _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Ernährung

Wie oft isst du ...

	4-5x täglich	1-3x täglich	3-4x wöchentlich	weniger als 3x/Woche
Gemüse/Salat/Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	täglich	3-4x wöchentl	2x wöchentl.	selten/nie
Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<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"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte/Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auf welche Nahrungsmittel möchtest du auf keinen Fall verzichten?

.....

Gibt es Nahrungsmittel, die dir (egal wie) nicht gut bekommen?

.....

Stress

	wenig	mäßig	viel
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innerliche Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedankenkreisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Medikamente

<input type="checkbox"/>	Nein	
<input type="checkbox"/>	Ja, welche:	
Pille	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Antibiotikabehandlung wann war die letzte Einnahme:		

Genussmittel

Rauchen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> bis zu 5 Zigaretten tägl.	<input type="checkbox"/> bis zu 20 Zigaretten tägl.	<input type="checkbox"/> mehr als 20 Zigaretten tägl.
Kaffee/schwarzer Tee	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 1-2 Tassen tägl.	<input type="checkbox"/> 3-4 Tassen tägl.	<input type="checkbox"/> mehr als 4 Tassen tägl.
Alkohol	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 1-2 Gläser/Woche	<input type="checkbox"/> 1-2 Gläser tägl.	<input type="checkbox"/> mehr als 2 Gläser tägl.
Süßigkeiten/Kuchen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 1-2x/Woche	<input type="checkbox"/> 2-4x/Woche	<input type="checkbox"/> täglich

Bewegung

Berufliche Tätigkeit

<input type="checkbox"/> überwiegend sitzend	<input type="checkbox"/> relativ viel Bewegung	<input type="checkbox"/> schwere körperliche Arbeit
--	--	---

Sport

<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> ca. 30min/Woche	<input type="checkbox"/> 1-2 Std./Woche	<input type="checkbox"/> täglich
------------------------------	---------------------------------	--	---	----------------------------------



Dein Befinden

<input type="checkbox"/> Ich habe ein ständiges Unwohlgefühl im Bauch.
<input type="checkbox"/> Ich fühle mich in meinem Körper nicht mehr wohl.
<input type="checkbox"/> Meine Leistungsfähigkeit hat nachgelassen.
<input type="checkbox"/> Ich fühle mich matt, müde und ausgelaugt.
<input type="checkbox"/> Ich habe Konzentrationsstörungen.
<input type="checkbox"/> Ich schlafe schlecht.
<input type="checkbox"/> Ich bin nervös und gereizt.
<input type="checkbox"/> Ich fühle mich gestresst.
<input type="checkbox"/> Sonstige Beschwerden:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Du leidest unter ...

<input type="checkbox"/> Übergewicht/Adipositas
<input type="checkbox"/> Darmbeschwerden/Darmerkrankungen
<input type="checkbox"/> Reizdarmsyndrom
<input type="checkbox"/> CED welche: <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> Morbus Crohn
<input type="checkbox"/> Lebererkrankung
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck wenn ja, seit wann:
<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen
<input type="checkbox"/> Arthrose Wo: <input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Schulter <input type="checkbox"/> Hände/Finger
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen: <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen
<input type="checkbox"/> Diabetes Typ II
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung wenn ja, welche:
<input type="checkbox"/> Hashimoto
<input type="checkbox"/> immer wiederkehrenden Infekten
<input type="checkbox"/> Hautunreinheiten/-erkrankungen
<input type="checkbox"/> Müdigkeit/Abgeschlagenheit
<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen wenn ja, wie oft:
<input type="checkbox"/> Blasenentzündungen mehr als 1x/Jahr wenn ja, wie oft:
<input type="checkbox"/> Erkältungen mehr als 3x/Jahr wenn ja, wie oft:
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>



Verdauung

Stuhlgang: <input type="checkbox"/> mehrmals täglich <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> 1-3x/Woche <input type="checkbox"/> weniger als 1x/Woche
<input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Wechsel von Durchfall und Verstopfung
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit
<input type="checkbox"/> Blähungen
<input type="checkbox"/> Fettstühle
<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen/Bauchkrämpfe
<input type="checkbox"/> Völlegefühl
<input type="checkbox"/> Übelkeit
<input type="checkbox"/> Erbrechen
<input type="checkbox"/> Sodbrennen
<input type="checkbox"/> Aufstoßen
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten/-allergien
Wenn ja, welche?
.....
.....

Dein Warum

Du möchtest deine Ernährung umstellen, weil du ...

<input type="checkbox"/> abnehmen und dich wieder leichter fühlen möchtest.
<input type="checkbox"/> keinen Bock mehr auf Heißhungerattacken hast.
<input type="checkbox"/> keine Lust mehr auf ständig wechselnde Diäten hast.
<input type="checkbox"/> mehr auf deine Gesundheit achten möchtest.
<input type="checkbox"/> dir ein Leben ohne Bauchschmerzen wünschst.
<input type="checkbox"/> an Diabetes Typ II leidest und dich die Tabletten/Spritzen nerven.
<input type="checkbox"/> von Hashimoto betroffen bist und gerne die Symptome/Tabletten reduzieren möchtest.
<input type="checkbox"/> deine Krankheit durch eine optimierte Ernährung besser in den Griff bekommen möchtest.
<input type="checkbox"/> es von deinem Arzt empfohlen bekommen hast.
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Was erwartest du von meiner Behandlung?

.....

.....

.....