



Allgemeine Angaben zur Person

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum, Alter:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

Email:

Beruf:

Ziele und Wünsche

Verbesserung der Leistungsfähigkeit

Verbesserung der Gesundheit

Reduzierung von Schmerzen

Abbau von Körperfett

Verbesserung des Wohlbefindens

Verbesserung des Aussehens

Aufbau von Muskulatur

Sonstiges

Bisherige Versuche oben genannte /s Ziel / e zu erreichen:
Sport, Ernährung, Diät, Dauer, Häufigkeit, Abbruchgründe, welche
Erfolge gab es, welche Probleme gab es, etc.:

Aktuelle Ernährungssituation

Wie geht es Ihnen zur Zeit?

Wie schätzen Sie Ihre Ernährung ein?


- sehr gesund gesund nicht sonderlich gesund

Falls „nicht sonderlich gesund“ oder „ungesund“, bitte geben Sie einen
Grund dafür an:

- keine Zeit ich kann nicht gesund kochen
 kein Angebot (Kantine o.ä.) gesundes Essen schmeckt mir
nicht


- Sonstige:

Wo nehmen Sie Ihre Mahlzeiten am Häufigsten ein?

zu Hause unterwegs 

Kantine o.Ä. Restaurants Imbiss, Bäckerei, etc.


Beschreiben Sie stichpunktartig eine übliche Mahlzeit (z.B. „2 Brötchen mit Käse und Butter“)

Frühstück: 

Mittag: 

Abend: 

Zwischendurch: 

Sonstiges: 


Wie oft trinken Sie durchschnittlich Alkohol?

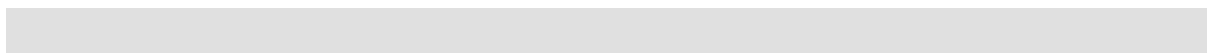
täglich mehrmals wöchentlich selten

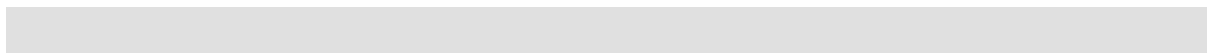
nie

Machen sie gerade eine Diät?

Ja Nein

Falls ja, bitte beschreiben Sie diese: 





Aktuelle Konstitution

Treiben Sie derzeit Sport?

- Ja Nein

Falls ja, bitte beschreiben Sie das Sportprogramm (Art, Dauer, Häufigkeit, Intensität):

Wie schätzen Sie ihr Fitness Niveau ein?

- Gut Mittel Schlecht

Sind Sie derzeit schwanger?

- Ja Nein

Leiden Sie derzeit unter Erkrankungen oder Beschwerden (Verletzungen im Bereich der Muskeln, Sehnen, Bänder, Gelenke; innere Organe wie Nierenerkrankungen, Lebererkrankungen; Stoffwechselstörungen wie Schilddrüsenfunktionsstörung, Diabetes mellitus; Hauterkrankungen?)

- Ja Nein

Falls ja, unter welchen?

Leiden Sie unter Nahrungsmittelallergien?

- Ja Nein

Falls ja, unter welchen?

Nehmen Sie derzeit Medikamente oder Supplemente ein?

- Ja Nein

Falls ja, welche?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> gegen Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> gegen Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Entwässerungstabletten | <input type="checkbox"/> gegen Schilddrüsenüberfunktion |
| <input type="checkbox"/> Gegen Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Vitamine |
| <input type="checkbox"/> Cholesterinsenker | <input type="checkbox"/> Mineralien |

Sonstige:

Sind sie Raucher?

- Ja Nein

Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag seit wann? (Anzahl der Jahre)

Welchen Stellenwert hat Essen für Sie?

- Niedrig Mittel Hoch

Sind Sie ein „Streßesser“?

- Ja Nein

Wenn ja, was essen Sie dann?

Stresshäufigkeit:

- mehr als 3 x wöchentlich 1x wöchentlich
 2-3 mal monatlich sehr selten

Wie sieht Ihre berufliche Aktivität aus?

- überwiegend sitzende Tätigkeit
 überwiegend gehende / stehende Tätigkeit
 körperlich anstrengende Tätigkeit
 geistig anstrengende Tätigkeit