



Fragebogen zum Ernährungsprotokoll

Persönliche Daten

Name: _____

Tel.: _____

Vorname: _____

Fax: _____

Straße: _____

E-Mail: _____

PLZ, Ort: _____

Datum: _____

Für Frauen:

schwanger ja nein

stillend ja nein

Geburtsdatum? _____

Größe: ____ m, Gewicht: ____ kg

Arbeit / Freizeit

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?

Arbeiten Sie im Schichtdienst?

Ihre berufliche Tätigkeit ist vorwiegend körperlich

nicht anstrengend

weniger anstrengend

anstrengend

sehr anstrengend

Über welchen Bildungsabschluss verfügen Sie?

Hauptschulabschluss

Realschulabschluss

Abitur

Fachhochschulabschluss

Universitätsabschluss

Wie häufig treiben Sie durchschnittlich in der Woche Sport?

- nie
- einmal
- zweimal bis dreimal
- mehr als dreimal

Welche sportlichen Aktivitäten üben Sie regelmäßig aus?

Zufriedenheit / Stress

Stehen Sie im Beruf unter andauerndem Stress?

- praktisch immer
- häufig
- gelegentlich
- selten

Sind Sie beruflich und privat zufrieden?

- sehr häufig
- häufig
- weniger häufig
- selten

Risikofaktoren / Erkrankungen

Sind Sie gegen Inhaltsstoffe /Lebensmittel allergisch?

- ja
- nein

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie eine Milchzuckerunverträglichkeit?

- ja
- nein

Wie hoch ist Ihr Cholesterinspiegel?	<input type="checkbox"/> unter 200 mg/dl <input type="checkbox"/> zwischen 200 mg/dl – 240 mg/dl <input type="checkbox"/> über 240 mg/dl <input type="checkbox"/> weiß ich nicht _____ genauer Wert
--------------------------------------	---

Wie hoch ist Ihr Triglyceridspiegel?	<input type="checkbox"/> unter 150 mg/dl <input type="checkbox"/> zwischen 150 mg/dl – 200 mg/dl <input type="checkbox"/> über 200 mg/dl <input type="checkbox"/> weiß ich nicht _____ genauer Wert
--------------------------------------	---

Sind Sie Diabetiker?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
----------------------	--

Wie hoch ist Ihr Blutzuckerspiegel (nüchtern)?	<input type="checkbox"/> unter 100 mg/dl <input type="checkbox"/> zwischen 100 mg/dl – 120 mg/dl <input type="checkbox"/> über 120 mg/dl <input type="checkbox"/> weiß ich nicht _____ genauer Wert
--	---

Wie sind Ihre Harnsäurewerte im Blut?	
Für Frauen: <input type="checkbox"/> bis 5,7 mg/dl <input type="checkbox"/> bis 6,4 mg/dl <input type="checkbox"/> über 6,4 mg/dl <input type="checkbox"/> weiß ich nicht _____ genauer Wert	Für Männer: <input type="checkbox"/> bis 7,0 mg/dl <input type="checkbox"/> bis 8,2 mg/dl <input type="checkbox"/> über 8,2 mg/dl <input type="checkbox"/> weiß ich nicht _____ genauer Wert

Wie ist Ihr Blutdruck?	<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> weiß ich nicht _____ genauer Wert
------------------------	---

Sonstige Erkrankungen / Beschwerden?

Nahrungsergänzungstoffe / Medikamente

Nehmen Sie Nahrungsergänzungstoffe wie z. B. Vitamin- oder Mineralstofftabletten zu sich?

- ja
- nein

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie z. Zt. Medikamente?

- ja
- nein

wenn ja, welche?

wie häufig?

Ernährung

Welchen Stellenwert hat bei Ihnen die Ernährung?

- sehr wichtig
- wichtig, aber nicht oberste Priorität
- nicht ganz so wichtig
- unwichtig

Wie viele Mahlzeiten essen Sie normalerweise am Tag?

- 1 - 2 Mahlzeiten
- 2 - 3 Mahlzeiten
- 3 - 4 Mahlzeiten
- 5 und mehr Mahlzeiten
- ganz unterschiedlich

Wie würden Sie Ihr Essverhalten beschreiben?

- eher regelmäßig
- eher unregelmäßig

Haben Sie schon einmal Diäten durchgeführt?

- ja
- nein

Wenn ja, wie oft?

- 1 - 3 mal
- 4 - 6 mal
- mehr als 6

Vielen Dank für Ihre Angaben.