

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Land _____

Mobile-Nr. _____

Mail _____

Job _____

Familie _____

Geschlecht M W

Gewicht _____

Grösse _____

Alter _____

Welches Paket Basic Premium VIP Individuelles Angebot

wünschst du? _____

Wie bist du auf _____

mich Aufmerksam _____

geworden? _____

ZIEL DER BERATUNG

Ziel der Beratung _____

AKTUELLE GESUNDHEIT

Krankheiten _____

Allergien / _____

Unverträglichkeiten _____

Sport/Bewegung _____

(Wie oft? Was?) _____

Schlaf / Erholung _____

(Wie lange?, Qualität?) _____

Bluthochdruck _____

Cholesterin _____

Diabetes _____

Hautprobleme _____

Kopfschmerzen _____

Magenproblem _____

Darmprobleme _____

- Müdigkeit _____
- Pilzinfektion _____
- Rheuma _____
- Gicht _____
- Arthrose _____
- Rückenproblem _____
- Schilddrüse _____
- Osteoporose _____
- Infektanfälligkeit _____
- Schlafstörung _____
- Antibiotika _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Medikamente _____

Raucher Ja Nein Gelegentlich
 Wie oft: _____

Zahnsituation
 (Amalganfüllungen, etc.) _____

Ängste, Depression _____

Stress _____

Hormone
 (Pille, Hormonpflaster, etc.) _____

Mangelzustände?
 (Vitamine, Eisen etc.) _____

z.Z. in ärztlicher
 Behandlung? _____

Behandlungen zuvor _____

Nahrungsergänzung _____

Aktuelle
 Lebenssituation?
 (Ängste, Eheprobleme) _____

Vergangene
 Krankheiten, Infekte,
 schwere Situationen _____

Weitere Angaben
 zur Gesundheit _____

AKTUELLE ERNÄHRUNGSWEISE

FRÜHSTÜCK

Wann stehst du auf? _____

Wann isst du
Frühstück? _____

Was isst du? _____

Welche Menge? _____

Was trinkst du dazu? _____

Welches Gefühl hast
du nach dem
Frühstück?
(Müdigkeit, Energie) _____

Grund für's Frühstück Hunger Gewohnheit Langeweile
 Gezwungen Frust / Stress _____

Snack zwischen
Frühstück und Mittag _____

Weitere Infos _____

MITTAGESSEN

Wann isst du Mittag? _____

Wo isst du? _____

Wie oft in der Woche
 isst du Mittagessen? _____

Welche Menge? _____

Wie oft sind diese Lebensmittel beim Mittagessen in der Woche auf dem Teller?

Kartoffeln _____

Reis _____

Teigwaren _____

Weitere Getreide _____

Gemüse _____

Früchte _____

Käsegerichte _____

Eiergerichte _____

Fleisch _____

Fisch _____

Tofu _____

Brot _____

Salat _____

Sauce an Salat _____

Dessert _____

Weitere Lebensmittel _____

Was trinkst du zum
 Mittagessen? _____

Welches Gefühl hast
 du nach dem
 Mittagessen?
 (Müdigkeit, Energie) _____

Grund für's
 Mittagessen Hunger Gewohnheit Langeweile
 Gezwungen Frust / Stress _____

Snacks zwischen
 Mittag- und
 Abendessen _____

Weitere Infos _____

ABENDESSEN

Wann ist du das Abendessen? _____

Wo isst du? _____

Wie oft in der Woche isst du Abendessen? _____

Welche Menge? _____

Wie oft sind diese Lebensmittel beim Abendessen in der Woche auf dem Teller?

Kartoffeln _____

Reis _____

Teigwaren _____

Weitere Getreide _____

Gemüse _____

Früchte _____

Käsegerichte _____

Eiergerichte _____

Fleisch _____

Fisch _____

Tofu _____

Brot _____

Salat _____

Sauce an Salat _____

Dessert _____

Weitere Lebensmittel _____

Was trinkst du zum Abendessen? _____

Welches Gefühl hast du nach dem Abendessen?
 (Müdigkeit, Energie) _____

Grund für's Abendessen Hunger Gewohnheit Langeweile
 Gezwungen Frust / Stress _____

Snack zwischen Abendessen und dem Schlafen _____

Weitere Infos _____

WEITERE ANGABEN

Wie viel und was trinkst du über den Tag? _____

Wie viel Alkohol trinkst du? _____

Wie viel Kaffee trinkst du am Tag? _____

Wo gehst du einkaufen? _____

Ernährungsformen (vegan, paleo, etc.) _____

Wie oft kochst du selbst? _____

Frühere Diäten (erfolgreich oder erfolglos) _____

Welche Küchengeräte hast du zur Verfügung? (Mikrowelle, Smoothie etc.) _____

Wie oft gehst du auswärts essen? _____

Vorlieben _____

Hass-Nahrungsmittel _____

Liebblingsgericht _____

Süchte _____

Gewohnheiten _____

Wie ist dein Stuhlgang? (Regelmässigkeit, Konsistenz) _____

Weitere Infos, Wichtig zu wissen, Was ist zu beachten _____

Was du sonst noch sagen möchtest _____