

Aufnahmebogen

Bitte füllen Sie den Aufnahmebogen so genau wie möglich aus.

Allgemeine Angaben zur Person:	
Name	
Telefonnummer/E-Mailadresse/Adresse (für Rückfragen)	
Geburtsdatum	
Berufliche Tätigkeit	
Familie, Kinder	
Größe	
Gewicht	
Bauchumfang	
Raucher oder Nichtraucher?	<input type="radio"/> Nichtraucher, seit _____ <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> bis 20 Zigaretten pro Tag <input type="radio"/> mehr als 20 Zigaretten pro Tag
Angaben zu Krankheiten, Operationen und Medikamenten:	
Leiden Sie unter Krankheiten? Wenn ja, welchen? (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüse, Herzerkrankungen, Rückenbeschwerden,...)	
Hatten Sie in der Vergangenheit schwerwiegende Operationen? Wenn ja, welche und wann?	
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?	
Bisher durchgeführte Diäten, Fastenkuren, stationäre Aufenthalte, Tabletten zum Abnehmen (welche, wann und mit welchem Ergebnis?)	
Leiden Sie unter Verdauungsproblemen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Durchfall

	<input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Blähungen
Beruflicher Stressfaktor	<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch
Privater Stressfaktor	<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> ich wache in der Nacht auf <input type="checkbox"/> ich kann nicht einschlafen <input type="checkbox"/> ich habe einen unruhigen Schlaf <input type="checkbox"/> ich habe belastende Träume
Angaben zu sportlichen Betätigungen:	
Treiben Sie Sport? Wie oft und welcher Sport?	
Angaben zum Gewicht:	
Wie fühlen Sie sich?	<input type="checkbox"/> übergewichtig <input type="checkbox"/> normalgewichtig <input type="checkbox"/> untergewichtig
Woran könnte das Ihrer Meinung nach liegen?	<input type="checkbox"/> zu viele Kalorien <input type="checkbox"/> zu wenig Kalorien <input type="checkbox"/> zu viel Fett <input type="checkbox"/> zu viele Süßigkeiten <input type="checkbox"/> Essstörung <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Geschäftsessen <input type="checkbox"/> Kantinenessen <input type="checkbox"/> Anlage/Vererbung <input type="checkbox"/> unregelmäßiges Essen <input type="checkbox"/> zu wenig Mahlzeiten
Wie alt waren Sie, als Sie übergewichtig wurden?	
Wie alt waren Sie, als Sie erstmals an Gewicht abnehmen wollten?	
Wie hoch ist Ihr angestrebtes Zielgewicht?	
Wie haben Sie früher Ihr Gewicht gehalten?	
Angaben zur Ernährung:	
Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie täglich zu sich?	
Lassen Sie Mahlzeiten aus? Wenn „ja“	

welche Mahlzeiten? (z. B. Frühstück, Mittagessen, Abendessen)	
Essen Sie gerne „süß“? Wenn „ja“ welche Süßigkeiten essen Sie am liebsten?	
Welche Getränke (z. B. Wasser, Cola, Fanta, Tee, Limo, Fruchtsaft, Fruchtnektar, Schorlen...) nehmen Sie regelmäßig zu sich? Wie viel Liter pro Tag?	
Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Wenn „ja“ welche? (z. B. Vitamine, Mineralstoffe, Aufbaupräparate,...)	

Angaben zu Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Allergien:

Welche der folgenden Nahrungsmittelbestandteile/Lebensmittel vertragen Sie nicht?	<input type="checkbox"/> Laktose <input type="checkbox"/> Fruktose <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Nüsse <input type="checkbox"/> Zitrusfrüchte Sonstige:
---	---

Angaben zu Ernährungsgewohnheiten:

Welche Nahrungsmittel stehen hauptsächlich auf Ihrem Speiseplan?	
--	--

Wie häufig nehmen Sie die folgenden Nahrungsmittel zu sich? Bitte ankreuzen

	nie	selten	1x pro Woche	Mehrmals pro Woche	Täglich
Obst					
Gemüse					
Salat					
Getreide/Brot					
Milchprodukte					
Eier					
Fleisch					
Wurst					
Fisch					
Käse					
Meeresfrüchte					

Was essen Sie in der Regel zu folgenden Mahlzeiten?	
Frühstück	
Zwischenmahlzeit	
Mittagessen	
Zwischenmahlzeit	
Abendessen	
Sonstiges	

Berechnung des Aktivitätszuschlags:

Bitte geben Sie an, wie viel Stunden am Tag Sie sich bewegen bzw. folgende Tätigkeiten ausüben: (insgesamt: 24 Stunden)

Nur sitzend oder liegend (z. B. Schlafen, Fernsehen,...)	
Sitzend, kaum körperliche Aktivität (z. B. Computerarbeit, Zeitung lesen,...)	
Sitzend, gehend und stehend (z. B. in der Arbeit, im Haushalt,...)	
Hauptsächlich stehend und gehend (z. B. Spazieren gehen, evtl. in der Arbeit,...)	
Körperlich anstrengende Arbeit (z. B. Sport, anstrengende Hausarbeit,...)	

Sonstige Informationen, die wir berücksichtigen müssen

Datum, Unterschrift