

Anamnese Fragebogen

Allgemeine Angaben zur Person

Nachname, Vorname _____

Geburtsdatum, Alter _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Beruf _____

Vollzeit

Teilzeit

Schichtdienst

Beratungsanlass

Verbesserung der Leistungsfähigkeit

Verbesserung der Gesundheit

Gewichtsreduzierung

Verdauungsstörungen

Verbesserung des Wohlbefindens

Reduzierung von Schmerzen

Wechseljahrsbeschwerden

Sonstiges _____

Auffälligkeiten im Blutbild _____

Bisherige Versuche oben genannte/s Ziel/e zu erreichen

Sport/Ernährung/Diät/Dauer/Häufigkeit/Abbruchgründe etc...

Aktuelle Ernährungssituation

Wie geht es Dir zur Zeit?

Wie schätzt du deine Ernährung ein?

sehr gesund

gesund

nicht sonderlich gesund

ungesund

Falls nicht sonderlich gesund oder ungesund bitte Grund angeben:

- ich kann nicht gesund kochen
- gesundes Essen schmeckt mir nicht
- Sonstiges _____
- keine Zeit
- keine Kochideen

Wie ernährst du dich?

- Mischkost
- vegetarisch
- vegan

Wo nimmst du deine Mahlzeiten am öftesten ein?

- Zu Hause
- Kantine
- Imbiss/Bäckerei
- unterwegs
- Restaurant
- _____

Beschreibe stichpunktartig eine übliche Mahlzeit (z.B. „1 Semmel mit Käse“)

Frühstück _____

Mittag _____

Abend _____

Zwischendurch _____

Sonstiges _____

Wie oft trinkst du durchschnittlich Alkohol?

- täglich
- mehrmals pro Woche
- selten
- nie

Falls mehrmals pro Woche oder häufiger: Welche Art von Alkohol?

- Bier
- Wein
- Spirituosen

Machst du derzeit eine Diät?

- ja
- nein

Falls ja, bitte beschreiben

Wie viel Wasser trinkst du am Tag?

- 0,5 Liter
- 1Liter
- 2 Liter
- 3 Liter
- Sonstiges _____

Treibst du derzeit Sport?

- ja
- nein

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

Bist du derzeit Schwanger? ja nein

Leidest du derzeit unter Erkrankungen/Beschwerden: ja nein

Falls ja, unter welchen?

Leidest du unter Nahrungsmittelallergien: ja nein

Falls ja, unter welchen?

Nimmst du derzeit Medikamente oder Supplemente ein? ja nein

Falls ja, welche?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> gegen Bluthochdruck | <input type="radio"/> Entwässerungstabletten (Diuretika) |
| <input type="radio"/> gegen Schilddrüsenunterfunktion | <input type="radio"/> gegen Schilddrüsenüberfunktion |
| <input type="radio"/> gegen zu hohen Blutzucker | <input type="radio"/> Cholesterinsenker |
| <input type="radio"/> Vitamine _____ | <input type="radio"/> Mineralien _____ |
| <input type="radio"/> Sonstige _____ | |

Einwilligung zu Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit stimme ich der Nutzung meiner personenbezogenen Daten iSd Art. 4 Nr. 1 DSGVO (insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer und Mailadresse) durch Rosener Health Coach zum Zwecke der Auftragserfüllung / Festlegung eines Ernährungsplanes / Ausarbeitung eines Ernährungskonzeptes / Ernährungstechnischen Betreuung zu.

Ich willige ein, dass die angegebenen Daten zu diesem Zwecke auch an Dritte (Krankenkasse) weitergeleitet werden.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift