

Ernährungsmedizin und Prävention

Dr. med. Delia Dittrich

Fachärztin für Allgemeinmedizin und Anästhesiologie

Anamnesebogen Ernährung

Persönliche Angaben

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Behandelnde Ärzte: _____

Ärztliche Diagnosen: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Gewicht vor 20 Jahren _____ kg

Gewichtsverlauf der Letzten 6 Monate _____ kg

Wunschgewicht: _____ kg

Soziale Situation

Ich bin:

- verheiratet
- ledig
- in einer Partnerschaft
- geschieden
- verwitwet

Haushalt:

- Ich lebe mit einem Partner zusammen
- Ich lebe allein
- Ich lebe im Haushalt meiner Eltern
- Ich habe Kinder Anzahl _____
- _____ Kinder leben in meinem Haushalt

Berufliche Situation:

- ich bin berufstätig
- Beruf _____

Arbeitszeit pro Woche _____ Stunden

- Schichtarbeit
- Nachtarbeit
- Ich bin in der Ausbildung als _____
- Ich studiere _____
- Ich bin berentet seit _____
- Ich bin arbeitsunfähig
- Ich bin arbeitslos
- Sonstiges: _____

Warum kommen Sie zur Ernährungsberatung/Ernährungstherapie?

- Gewichtsreduktion
- Gewichtszunahme
- Chronische Erkrankungen
- Lebensqualität erhöhen
- Wohlbefinden steigern
- Ernährungsumstellung
- Ärztliche Empfehlung
- Sonstiges: _____

Was sind Ihre Erwartungen an mich?

Was erhoffen Sie sich von einer Ernährungsberatung / Ernährungstherapie?

Erkrankungen

- Erhöhte Blutfette
 - Erhöhte Cholesterinwerte
 - Erhöhte Triglyceridwerte
 - Gicht
 - Diabetes Typ 1
 - Diabetes Typ 2
 - Erhöhter Blutdruck
 - Schlafprobleme _____
 - Herzerkrankungen _____
 - Gefäßerkrankungen _____
 - Lungenerkrankungen _____
 - Wirbelsäulenerkrankungen _____
 - Schilddrüsenerkrankungen _____
 - Nierenerkrankungen _____
 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen _____
 - Bauchspeicheldrüsenerkrankungen _____
 - Gallensteine _____
 - Lebererkrankungen _____
 - Gelenkerkrankungen _____
 - Autoimmunerkrankungen _____
 - Krebserkrankungen _____
 - Neurologische Erkrankungen _____
 - Osteoporose _____
 - Sonstige Erkrankungen _____
-

In meiner Familie kommen folgende Erkrankungen vermehrt vor:

Folgende Operationen wurden bei mir durchgeführt: (bitte mit Zeitangabe)

Beschwerden

Allgemeine Beschwerden

- *Zur Zeit habe ich keine Beschwerden*
- *Atemnot in Ruhe*
- *Atemnot unter Belastung (nach 1-2 Etagen)*
- *Atemnot unter Belastung (nach 2-3 Etagen)*
- *Schmerzen in der Brust*
- *Unregelmäßiger Herzschlag*
- *Schmerzen in den Beinen nach einer Gehstrecke von < 200m*
- *Schmerzen in den Beinen nach einer Gehstrecke von < 500m*
- *Sehstörungen*
- *Schwindel*
- *Nächtliches Schnarchen*
- *Häufiges nächtliches Wasserlassen*
- *Häufiges Einschlafen am Tag*
- *Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Antriebslosigkeit*
- *Infektanfälligkeit*
- *Unruhe*
- *Verstärktes Schwitzen*
- *Sonstiges _____*

Schmerzen

- *Diffus / nicht definierbar*
- *Häufige Kopfschmerzen*
- *__ Hände / __ Finger / __ Arme / __ Füße / __ Knie*
- *Muskelschmerzen*
- *Nervenschmerzen*
- *Lähmungserscheinungen*
- *__ Halswirbelsäule / __ Brustwirbelsäule / __ Lendenwirbelsäule*
- *Sonstiges _____*

(Zutreffendes bitte ankreuzen X)

Physiologische Veränderungen

- Vermehrte Hautveränderungen
 - Bildung von roten Dehnungsstreifen
 - Häufige Pilzinfektionen
 - Häufige Virusinfektionen
 - Probleme mit der Wundheilung
 - Krampfadern
 - Haarausfall
 - Sonstige _____
-

Wohlbefinden

Ich fühle mich in meiner körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt

- Ja Nein

Ich fühle mich seelisch/psychisch beeinträchtigt Ja Nein

Ich fühle mich in meiner sozialen/ökonomischen Situation eingeschränkt

- Ja Nein ____

Ich isoliere/distanziere mich von meinem Umfeld Ja Nein

Ich bin in psychologischer/psychiatrischer Behandlung Ja Nein

Sonstiges _____

Bewegungsverhalten

Ich treibe Sport Ja Häufigkeit/Woche _____ Nein

Sportart _____

Ich gehe zu Fuß ____ <3000 ____ 3000-6000 ____ >6000 Schritte/Tag

Freizeitaktivitäten _____

Gynäkologische/Urologische Informationen

Ich bin derzeit schwanger Ja Nein

Schwangerschaftswoche _____

Alter der ersten Regelblutung _____ *Jahre*

Ich habe während einer Schwangerschaft mehr als 15 kg zugenommen

Ja Nein

Ich habe nach der Entbindung wieder mein Ausgangsgewicht erreicht

Ja Nein

Ich litt während der Schwangerschaft an Schwangerschaftsdiabetes

Ja Nein

Ich befinde mich in der Menopause Ja Nein

Wenn JA, seit wann _____

Leiden Sie unter Libidoverlust Ja Nein

Leiden Sie unter einer Vergrößerung der Prostata Ja Nein

Trinkverhalten

Insgesamt trinke ich _____ *Liter am Tag*

Ich trinke _____ *Liter Wasser oder ungesüßten Tee am Tag*

Ich trinke _____ *Liter zuckerhaltige Softdrinks und/oder Saft am Tag*

Ich trinke _____ *Liter Light-Getränke am Tag*

Ich trinke _____ *Tassen Kaffee am Tag*

mit Milch. *mit Zucker*

Wie häufig trinken Sie Alkohol?

nie *1-2mal / Monat* *1-2mal / Woche* *3-4mal / Woche*

täglich *Alkoholmenge* _____ *Auswahl* _____

Raucherstatus

Ich rauche Ja Nein

Ich bin seit _____ Jahren Raucher

Ich rauche täglich _____ Zigaretten und/oder _____

Ich bin Ex-Raucher seit _____

Medikamente (evtl. Mediplan beilegen)

Ich nehme folgende Medikamente (auch Insulin) und Nahrungsergänzungsmittel ein

Medikament	Dosis	Morgens	Mittags	Abends

Nahrungsunverträglichkeiten und Allergien

Ich habe folgende

○ Allergien _____

○ Nahrungsmittelunverträglichkeiten _____

Ich habe Abneigungen gegen folgende Lebensmittel _____

Kostform

Ich ernähre mich nach folgender Kostform

- Mischkost*
- Vegetarische Kost*
- Vegane Kost*
- Sonstige Kost* _____
-

Ernährungsverhalten

Ich esse täglich _____ Mahlzeiten (inklusive Zwischenmahlzeiten)

Ich esse regelmäßig *Ja* *Nein*

Wenn „NEIN“ warum essen Sie unregelmäßig? _____

Ich esse schnell *Ja* *Nein*

Ich esse langsam. *Ja* *Nein*

Wer bereitet Ihr Essen zu? _____

Ich esse oft/regelmäßig außerhalb *Ja* *Nein*

Wenn „JA“ wo z.B. Kantine, Restaurant _____

Ich esse regelmäßig Fast-Food. *Ja* *Nein*

Ich esse mit Ablenkung z.B. Zeitung, Fernseher, etc. *Ja* *Nein*

Wenn „JA“ wie? _____

Ich esse in Gesellschaft *Ja* *Nein*

Ich konsumiere Süßigkeiten und Knabbereien

- Mehrmals am Tag*
- Einmal am Tag*
- 2-3mal pro Woche*
- Einmal pro Woche*
- Seltener* *Wie oft?* _____

Ich verzehre bevorzugt folgende Süßwaren und Knabbereien _____

Ernährungsprobleme

Ich leide unter folgenden ernährungsbezogenen Problemen

- *Verstopfungen*
Anzahl der Stuhlentleerungen pro Woche _____
 - *Durchfall*
Anzahl der Stuhlentleerungen am Tag _____
 - *Blähungen*
 - *Appetitlosigkeit*
 - *Sodbrennen*
 - *Übelkeit*
 - *Erbrechen*
 - *Völlegefühl*
 - *Kaustörungen*
 - *Schluckstörungen*
 - *Geschmacksveränderungen*
 - *Sonstiges* _____
-

Freitext

Folgendes nur bei bestehendem Übergewicht beantworten

Übergewicht

Gewichtsverlauf im letzten Jahr _____

Niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht _____ kg

Höchstes (Erwachsenen-) Gewicht _____ kg

Übergewicht in der Kindheit Ja. Nein

Übergewicht in der Pubertät Ja. Nein

Übergewicht in der Schwangerschaft Ja Nein

Übergewicht in/seid der Menopause Ja Nein

Körperstellen an denen ich besonders zugenommen habe

- Bauch
- Brust
- Oberkörper
- Beine

Ziele

Ich möchte _____ kg in folgendem Zeitraum abnehmen _____

Durch welche Maßnahmen möchten Sie die Gewichtsreduktion erreichen?

- Ernährungstherapie
- Verhaltenstherapie
- Bewegungstherapie
- Medikamente
- Magenballon
- Operation

Warum möchten Sie abnehmen?

- Wohlbefinden steigern
- Risikofaktoren reduzieren
- Lebensqualität steigern
- Körperliche Beschwerden lindern
- Sonstiges _____

Warum essen Sie?

- Um Hunger zu stillen*
- Aus Appetit*
- Gelüste*
- Langeweile*
- Einsamkeit*
- Trost*
- Genuß*
- Ablenkung von Problemen*
- Sonstiges* _____

Ich stehe nachts auf um mir etwas zu Essen zu holen *Ja* *Nein*

Ich habe Ess-/Heißhungerattacken. *Ja.* *Nein*

Wenn „JA“: Wann und Wie oft? _____

Ich kontrolliere mein Gewicht

- Täglich*
- Mehrfach am Tag*
- 3-5mal pro Woche*
- 1-2mal pro Woche*
- Einmal im Monat*
- Nie*

Anzahl der durchgeführten Diäten

- Noch nie*
- 1-5mal*
- 6-9mal*
- >10mal*
- Regelmäßig*
- Ich halte ständig Diät*

Durchgeführte Maßnahmen zur Gewichtsreduktion

Diätdauer _____

- *Low Carb*
- *Low Fat*
- *Trennkost*
- *Mahlzeitenersatz durch Shakes*
Produkt _____
- *Ernährungsumstellung*
- *Weight Watchers*
- *Steigerung der Bewegung*
- *Reha-Maßnahmen mit stationärem Aufenthalt*
- *Sonstiges* _____

Ich habe folgende Medikamente zur Gewichtsreduktion eingesetzt

- *Xenical*
- *Reductil*
- *Metformin*
- *Acomplia*
- *Wellbutrin*
- *Naltrexin*
- *Tapamax*
- *L112*
- *Sonstiges* _____

Ich habe folgende chirurgische Eingriffe erhalten

Zeitpunkt _____

- *Magenballon*
- *Magenband*
- *Schlauchmagen*
- *Bypass*
- *Sonstiges* _____

Ernährungsmedizin und Prävention

Dr. Delia Dittrich

Fachärztin für Allgemeinmedizin und Anästhesiologie

Ernährungsprotokoll

Name:

Zeitraum vom _____ bis _____

Allergien:

Unverträglichkeiten:

Persönliche Abneigungen:

Anleitung Sieben-Tage-Ernährungsprotokoll

Liebe(r) Frau/Herr _____ Sie werden in dem Zeitraum von sieben aufeinanderfolgenden Tagen Ihre Ernährung protokollieren. Mit der folgenden Anleitung möchte ich Ihnen einige Tipps und Hilfestellungen geben.

Um ein möglichst genaues Bild von Ihrer individuellen Nährstoffzusammensetzung zu bekommen ist es wichtig, daß Sie das Ernährungsprotokoll möglichst detailliert und ehrlich führen. Deshalb verändern Sie Ihre Essgewohnheiten bitte nicht und füllen das Protokoll möglichst zeitnah nach der Nahrungsaufnahme aus. Bitte dokumentieren Sie alle verzehrten Lebensmittel (z.B. auch Kaugummi, Zucker und Milch für den Kaffee) und Getränke.

Was ist bei Mengenangaben zu beachten?

Gewicht und Volumen: Das Gewicht und das Volumen einer Speise können Sie durch Abwiegen und Abmessen ermitteln. Alternativ können diese Daten auch von der Packung abgelesen werden (z.B. 450g geschälte Tomaten oder 150ml Milch).

Handmaße: Nutzen Sie Ihre Hand als Maßeinheit z.B. notieren Sie „eine Handvoll Nudeln“ oder ein „handtellergroßes“ Stück Fleisch:

Stückzahlen:

Notieren Sie die Anzahl der verzehrten Lebensmittel z.B. „5 Erdbeeren“ oder „4 Walnüsse“.

Bitte beachten Sie:

Lebensmittel sind Naturprodukte, deshalb können Sie sich in Größe und Form unterscheiden. Für das Ernährungsprotokoll ist es deshalb hilfreich sich Bezugsgrößen aus dem Alltag zu suchen z.B. „2 faustgroße Semmelknödel“ oder „3 hühnereigroße Kartoffeln“. Wenn Sie also im Ernährungsprotokoll Stückzahlen angeben, verwenden Sie bitte alltagsübliche Größen als Referenzwerte.

Haushaltsmaße: Nutzen Sie geläufige Haushaltsmaße wie Teelöffel, Esslöffel oder Kaffeetasse um Ihre Mengenangaben zu beschreiben (z.B. 1 Esslöffel Olivenöl zum Anbraten).

Was ist bei Fertigprodukten zu beachten? Geben Sie bitte bei Fertigprodukten neben den Mengenangaben auch die genaue Bezeichnung an (z.B. „eine halbe Fertigpizza von Wagner - Steinofen/Salami“)

Hilfreiche Tipps für das Essen außer Haus: Wenn Sie Lebensmittel außer Haus konsumieren, ist es einfacher, vor dem Verzehr ein Foto der Speisen aufzunehmen. Die Daten können Sie später in das Ernährungsprotokoll übertragen. Wenn Sie sich unsicher sind wie die Speisen zubereitet werden, scheuen Sie sich nicht zu fragen, oft freut sich die Küche über das Interesse an ihrer Arbeit!

VIEL ERFOLG!