

### Angaben zur Person

**Datum** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Körpergröße** \_\_\_\_\_ **Aktuelles Gewicht** \_\_\_\_\_

**Wohnort** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Handy-Nummer** \_\_\_\_\_

**Email-Adresse** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_

**Hausarzt** \_\_\_\_\_

(mit Adresse + Telefonnummer): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mitbehandelnde Ärzte**

(mit Adresse + Telefonnummer): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal in psychologischer/  
psychiatrischer Mitbehandlung: ja  nein

Sind Sie jetzt in psychologischer/  
psychiatrischer Mitbehandlung: ja  nein

Psychologisch/psychiatrische Mitbehandlung erfolgte durch (mit Adresse + Telefonnummer):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Welche Behandlungsmethode wünschen Sie?**

Konservative Behandlungsmethode (Ernährungsberatung)

Operative Behandlungsmethode

Weiß ich nicht

## Fragen zur allgemeinen Krankengeschichte

**Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?**

---



---



---

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?**

KRANKHEIT	JA, SEIT WANN?	NEIN	WEISS ICH NICHT
Bluthochdruck			
Erhöhte Blutfettwerte			
Erhöhter Harnsäurespiegel/Gicht			
Diabetes/Zuckerkrankheit			
Herzgefäßerkrankung			
Herzinfarkt			
Herzschwäche			
Schlaganfall			
Asthma bronchiale oder chronisch obstruktive Atemwegserkrankung			
Schlafapnoe / Schlaf-Schnarch-Krankheit?			
Verengung der Halsgefäße			
Verengung der Bein Gefäße			
Schilddrüsenerkrankung			
Hormonstörungen			
Nierenerkrankungen/Nierensteine			
Gallensteine (oder OP)			
Entzündliche Darmerkrankungen			
Leberverfettung, -zirrhose			
Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen			
Krebserkrankungen (welche):			
Aufstoßen, Entzündung Speiseröhre?			
Entzündung der Speiseröhre			
Entzündung der Magenschleimhaut oder Magen-/ Zwölffingerdarmgeschwüre?			
<b>WEITERE:</b>			

### Wurden Sie schon einmal operiert?

Organ	Wann?

### Nur für Frauen

In welchem Alter 1. Regelblutung? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Regeblutung? \_\_\_\_\_

Wechseljahre in welchem Alter? \_\_\_\_\_

Hormonersatztherapie? \_\_\_\_\_

Bestand bei Ihnen in der Schwangerschaft ein Schwangerschaftsdiabetes oder eine Präeklampsie/Gestose (Schwangerschaftsvergiftung)?

ja       nein       weiß ich nicht

Frühere oder aktuelle Regelblutungsstörungen: \_\_\_\_\_

Verhütungsmaßnahmen:

Pille       Spirale       Kondom       Sterilisation

Andere: \_\_\_\_\_

Geburten: \_\_\_\_\_

### Nur für Männer

Haben Sie?

Erektionsstörung?      ja       nein       weiß ich nicht

Prostatavergrößerung?      ja       nein       weiß ich nicht

**Welche Medikamente (und Insulin) nehmen Sie?**

NAME	FRÜH	MITTAGS	ABENDS	ZUR NACHT

**Fragen zur Familiengeschichte**

	MUTTER	VATER	KINDER - Anzahl -	GESCHWISTER	GROSS- ELTERN	PARTNER
<b>Erkrankungen</b>	<b>Bitte ein Kreuz machen für Ja</b>					
Übergewicht						
Bluthochdruck						
Schlaganfall						
Herzinfarkt						
Verengung anderer Gefäße/ Amputation						
Nierenerkrankung						
Altersdemenz						
Zuckerkrankheit						
Bösartige Erkrankungen						
Alter bei Tod/ Ursache						

Erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass bereits vorhandene Untersuchungsergebnisse bei Ihrem Hausarzt oder Fachärzten angefordert werden können?

ja       nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Fragen zum Gewichtsverlauf

Größe \_\_\_\_\_ cm  
Derzeitiges Gewicht \_\_\_\_\_ kg  
Niedrigstes ( Erwachsenen-) Gewicht \_\_\_\_\_ kg  
Das war vor?  < 1 Jahr  2-4 Jahren  
 > 5 Jahren

Höchstes ( Erwachsenden-) Gewicht \_\_\_\_\_ kg  
Das war vor?  < 1 Jahr  2-4 Jahren  
 > 5 Jahren

Meine bisher größte Gewichtsabnahme Im Jahr \_\_\_\_\_ kg  
Mein Wunschgewicht liegt bei \_\_\_\_\_ kg  
Ich bin aber auch zufrieden wenn ich folgendes Gewicht erreiche: \_\_\_\_\_ kg  
In einem Jahr möchte ich wiegen \_\_\_\_\_ kg

### Wie kontrollieren Sie Ihr Gewicht / Ihre Körperform?

Wiegen  \_\_\_\_mal/Tag  \_\_\_\_mal/Woche

\_\_\_\_mal/Monat eigene Messung des Bauchumfangs

Änderung der Kleidergröße

Änderung der Gürtellänge

**Wie hat sich Ihr Gewicht im Laufe Ihres Lebens entwickelt? Beschreiben Sie in Stichpunkten die wesentlichen Phasen Ihres Lebens von der Kindheit bis heute. Mütter beschreiben bitte auch kurz die Gewichtsentwicklung während und nach Schwangerschaften.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Wie häufig haben Sie bereits Schlankheitsdiäten durchgeführt?
- Noch nie
- 1 – 5 mal
- 6 – 9 mal
- ≥10 mal regelmäßig (mind. 2x jährlich)
- halte ständig Diät

**Welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion haben Sie durchgeführt?**

	Wann? Jahres- angabe	DAUER DER MASSNAHME	GEWICHTS- VERLUST in kg	WIEDER- ZUNAHME in kg	Nach welchem Zeitraum?
Diäten in Eigenregie* (Kohlsuppe, Brigitte-Diät etc.):					
„Pulverdiät“ BCM/ Redumed etc.					
Weight Watchers					
Akupunktur/Heilpraktiker					
Optifast/Mobilis					
Mit Unterstützung Ihres Arztes Woraus bestand die Hilfe?*					
Mit Unterstützung einer Ernährungsfachkraft					
Xenical/Reductil					
Psychotherapie (ambulant)					
Stationäre Kur zum Abnehmen					
Sonstiges:					

Zu \*: Nutzen Sie ggf. ein Extrablatt!

**Warum möchten Sie abnehmen?**

- 
- 
- 
-

## Fragen zum Lebensstil

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern? \_\_\_\_\_

Wie viele Stunden sitzen Sie täglich vor dem Computer? \_\_\_\_\_

davon beruflich bedingt: \_\_\_\_\_

Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport? \_\_\_\_\_

Welchen Sport? \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen bei körperlicher Bewegung? ja  nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Luftnot bei Bewegung? ja  nein

Schämen Sie sich beim Sport z.B. Schwimmen? ja  nein

Raucher seit   Zigaretten/Tag

Nicht-Raucher

Ex-Raucher seit

geraucht über  Jahre  Zigaretten/Tag

Essen Sie oft außerhalb, z.B. Fast Food Restaurants?

immer  häufig  selten  nie

Welche alkoholhaltigen Getränke nehmen Sie zu sich?

Bier  Wein / Sekt  Spirituosen  Cocktails/ Alcopops

mal/Woche

mal/Monat

### Aus welchen Gründen?

- aus Gründen des Genusses
- einer Alltagsgewohnheit
- um abzuspannen
- um von Problemen abgelenkt zu werden

um schlafen zu können („Schlaftrunk“)

verheiratet/in Partnerschaft       geschieden       verwitwet       Single

Leben Sie alleine oder in häuslicher Gemeinschaft mit anderen?      - bitte unterstreichen -

Wie viele Kinder haben Sie?

Alter: \_\_\_\_\_

Hauptschule  Gesamtschule  Realschule  Gymnasium  Studium

Gelernter Beruf?

jetzige Tätigkeit?

Schichtdienst?

ja

nein

Bitte beschreiben Sie den Ablauf eines typischen Wochenendes:

---

---

---

---

---

Wie sind Sie auf diese Praxis aufmerksam geworden?

---

---

## Bewegungsprotokoll

Tag	Wie war der Alltag?	Wie haben Sie sich bewegt?	Haben Sie Sport betrieben?	Mein heutiges Befinden	eigene Bemerkungen
<b>Mo</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer	<input type="checkbox"/> ☺  <input type="checkbox"/> ☹  <input type="checkbox"/> ☹	
<b>Di</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer	<input type="checkbox"/> ☺  <input type="checkbox"/> ☹  <input type="checkbox"/> ☹	
<b>Mi</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer	<input type="checkbox"/> ☺  <input type="checkbox"/> ☹  <input type="checkbox"/> ☹	
<b>Do</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer	<input type="checkbox"/> ☺  <input type="checkbox"/> ☹  <input type="checkbox"/> ☹	
<b>Fr</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer	<input type="checkbox"/> ☺  <input type="checkbox"/> ☹  <input type="checkbox"/> ☹	

<b>Sa</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer	☺  ☹  ☹	
<b>So</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer	☺  ☹  ☹	





## The Epworth Sleepiness Scale

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in den folgenden Situationen einnicken oder einschlafen? Es geht dabei um

**EINNICKEN und EINSCHLAFEN**, nicht nur um eine geringe Müdigkeit. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre normale Lebensweis in der letzten Zeit. Auch wenn Sie einige dieser Dinge kürzlich nicht getan haben, versuchen sie sich bitte vorzustellen, wie Sie in dieser Situation gefühlt hätten. Benutzen Sie bitte die folgende Scala und ordnen Sie die zutreffende Zahl der jeweiligen Situation zu:

0 = nie einnicken oder einschlafen

1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen

2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen 3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen

Situation	0	1	2	3
Lesen im Sitzen				
Fernsehen				
Inaktiv an einem öffentlichen Ort sitzen ( z.B. Theater, Kino etc)				
Als Beifahrer im Auto für eine Stunde ohne Pause				
Beim Hinlegen am Nachmittag				
Bei einem Gespräch im Sitzen				
Im Sessel nach einem Essen ohne Alkohol				
Im für einige Minute stehenden Auto im Verkehr				

## Fragen zum Essverhalten

Haben Sie regelmäßige Essenszeiten?  ja  nein

Wie viele Mahlzeiten, inklusive Zwischenmahlzeiten, essen Sie pro Tag?

Wie essen Sie?  schnell  langsam  bewusst

Zeitung lesend  beim Fernsehen  unregelmäßig

Wo essen Sie?  im Wohnzimmer  in der Küche  bei der Arbeit

unterwegs

Andere Orte: \_\_\_\_\_

Wer kocht bei Ihnen im Haushalt? \_\_\_\_\_

Wann nehmen Sie die Hauptmahlzeit zu sich? (bitte Uhrzeit eintragen)

Sind Sie viel unterwegs und müssen außerhalb Essen?  ja  nein

Was essen Sie am liebsten?

---

---

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Auf welche reagieren Sie „allergisch“?

---

---

Naschen Sie gern? Wenn ja, was und wann?

---

---

Haben Sie nach dem Essen ein Sättigungsgefühl?  immer  häufig  selten  nie

Essen Sie zwischen den Mahlzeiten?  immer  häufig  selten  nie

Essen Sie Fast Food?  immer  häufig  selten  nie

Essen Sie Süßigkeiten zwischen den Mahlzeiten?  immer  häufig  selten  nie

Stehen Sie nachts auf, um sich etwas zum Essen zu holen?  ja  nein

Bekommen Sie Ess-/ Heißhungerattacken?  ja  nein

Wenn ja, wie oft und wann?

\_\_\_\_\_

Was trinken Sie?

Mineralwasser  Cola, Fanta etc.  Fruchtsäfte

Kaffee  Tee  anderes, was ? \_\_\_\_\_

## Ernährungsprotokoll ( siehe Erläuterung letzte Seite!)

<b>Mahlzeit</b>	<b>Tag 1</b>	<b>Tag 2</b>	<b>Tag 3</b>	<b>Tag 4</b>
<b>Frühstück (inkl. Getränke)</b>				
<b>Zwischenmahlzeit (inkl. Getränke)</b>				
<b>Mittagessen (inkl. Getränke)</b>				
<b>Zwischenmahlzeit (inkl. Getränke)</b>				
<b>Abendessen (inkl. Getränke)</b>				
<b>Tagesbesonderheiten</b>				

<b>Mahlzeit</b>	<b>Tag 5</b>	<b>Tag 6</b>	<b>Tag 7</b>
<b>Frühstück (inkl. Getränke)</b>			
<b>Zwischenmahlzeit (inkl. Getränke)</b>			
<b>Mittagessen (inkl. Getränke)</b>			
<b>Zwischenmahlzeit (inkl. Getränke)</b>			
<b>Abendessen (inkl. Getränke)</b>			
<b>Tagesbesonderheiten</b>			

# Wie fülle ich das Ernährungstagebuch richtig aus?

## **1. Mengenangaben:**

Wir bitten Sie **genaue Mengenangaben** bei den Portionen anzugeben, wenn möglich abwiegen.

**Beispiel:** ca. 50g Walnüsse , 200g Nudeln, 200ml Fettarme H Milch 1,5 % , 100g Schokomüsli, 20g Butter, 1 Toast, 30g Salami

## **2. Genaue Lebensmittelbezeichnung:**

Es ist wichtig anzugeben welche Lebensmittel Sie genau verwendet haben.

**Beispiel:** Steht z.B. im Ernährungsprotokoll 1 Scheibe Brot mit Wurst, so könnte diese Wurst eine Scheibe Salami oder auch die wesentlich fettärmere Putenbrust sein.

Butter oder Margarine? Öl zum anbraten verwendet?

Bitte geben Sie auch diese Angaben an uns weiter.

## **3. Trinkmenge:**

Bitte **alles** aufschreiben was Sie getrunken haben, Kaffee, Tee, Wasser, Säfte usw. bitte mit genauer Mengenangabe.

**Beispiel:** 2 Tassen Kaffee mit Milch (1.5%), 1 Liter Orangensaft, 2 Liter Wasser pro Tag

PS: Vergessen Sie die „kleinen“ Sünden nicht ☺

Zur Hilfestellung des Ernährungsprotokolls können wir eine kostenlose App empfehlen.

## **Kostenloses Ernährungstagebuch bei Fddb.**

Handy

**Fddb: Kalorientabelle und Ernährungstagebuch** *fddb.mobi*

PC

**Mein Fddb - persönlicher Merkzettel, Ernährungstagebuch ...**

*fddb.info > myfddb*

Mit wenigen Schritten können sie dort ein detailliertes Ernährungsprotokoll führen, welches im Anschluss direkt ausgewertet wird.

**Falls Sie diese Alternative nutzen, bitten wir Sie uns die Detailansicht mit beizulegen.**

Vielen Dank!