Anamnese zur Ernährungs- und Stoffwechselberatung

Für Ihre individuelle Ernährungsberatung, Stoffwechselanalyse und Atemgasanalyse

Herzlich willkommen! Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für diesen Fragebogen nehmen. Bitte kreuzen Sie die Antworten an, die am besten zu Ihnen passen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten; einzelne Fragen dürfen Sie selbstverständlich offenlassen.

1 Allgemeine Angaben zur Person

Nachname, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ selbstständig
☐ im Ruhestand ☐ derzeit nicht berufstätig ☐ Schichtdienst

Wie verbringen Sie den größten Teil Ihres beruflichen oder privaten Alltags?

☐ überwiegend sitzend ☐ überwiegend stehend
☐ abwechslungsreich ☐ überwiegend körperlich aktiv

2 Ihre Ziele

Ihre Ziele bilden den roten Faden unserer Beratung. Mehrfachnennungen sind möglich.

Was möchten Sie mit meiner Beratung erreichen?

☐ Gewicht reduzieren ☐ Körperfett reduzieren
☐ Muskulatur aufbauen oder erhalten ☐ Stoffwechsel besser verstehen
☐ mehr Energie im Alltag ☐ Leistungsfähigkeit verbessern
☐ Gesundheit und Wohlbefinden steigern ☐ Aussehen bzw. Körpergefühl verbessern
☐ Schmerzen reduzieren ☐ Wechseljahresbeschwerden besser bewältigen
☐ Sonstiges: _____

Wie haben Sie bisher versucht, Ihre Ziele zu erreichen?

☐ Ernährungsumstellungen ☐ Diäten oder Fastenkonzepte
☐ Sport oder Bewegung ☐ Personal Training oder Fitnessstudio
☐ Muskelaufbautraining / EMS-Training ☐ Medikamente zur Gewichtsreduktion
☐ bisher noch nicht gezielt

3 Gesundheit und persönliche Ausgangssituation

Diese Angaben helfen mir, Empfehlungen passend und verantwortungsvoll einzuordnen. Bei gesundheitlichen Beschwerden ersetzt die Beratung keine ärztliche Diagnostik oder Behandlung.

Liegen bei Ihnen aktuell Erkrankungen oder Beschwerden vor?

- ☐ nein
- ☐ erhöhte Blutfette / Cholesterin
- ☐ Schilddrüsenunterfunktion
- ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung
- ☐ Rücken-, Gelenk- oder Bewegungsschmerzen
- ☐ psychische Belastung / Erschöpfung
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Diabetes oder erhöhter Blutzucker
- ☐ Schilddrüsenüberfunktion
- ☐ Rheuma / entzündliche Erkrankung
- ☐ Magen-Darm-Beschwerden
- ☐ sonstige Erkrankung oder Beschwerden: _____

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

- ☐ nein
- ☐ gegen Bluthochdruck
- ☐ Medikamente zur Gewichtsreduktion (z. B. GLP-1)
- ☐ Schmerz- oder Entzündungsmedikamente
- ☐ sonstige Medikamente: _____
- ☐ Schilddrüsenmedikamente
- ☐ Hormone / Hormontherapie
- ☐ Cholesterinsenker
- ☐ gegen erhöhten Blutzucker / Metformin

Nehmen Sie derzeit Nahrungsergänzungsmittel ein?

- ☐ nein
- ☐ Mineralstoffe
- ☐ Proteinpräparate
- ☐ Vitamine
- ☐ Omega-3
- ☐ sonstige Supplemente: _____

Bestehen bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten?

- ☐ nein
- ☐ Fruktose
- ☐ Histamin
- ☐ Milchprotein
- ☐ Laktose
- ☐ Gluten / Zöliakie
- ☐ Nüsse
- ☐ sonstige: _____

Rauchen Sie?

- ☐ nein
- ☐ täglich
- ☐ gelegentlich
- ☐ früher, inzwischen nicht mehr

Wie häufig trinken Sie alkoholische Getränke?

- ☐ nie / selten
- ☐ 1 Mal pro Woche
- ☐ täglich oder fast täglich
- ☐ 1-2 Mal im Monat
- ☐ 2-3 Mal pro Woche

4 Ihre aktuelle Ernährungssituation

Die folgenden Fragen geben einen Überblick über Ihren Alltag. Entscheidend ist nicht Perfektion, sondern ein ehrliches Bild Ihrer Gewohnheiten.

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Ernährung insgesamt ein?

☐ sehr gesund
☐ überwiegend gesund
☐ nicht sonderlich gesund
☐ ungesund

Was erschwert Ihnen eine ausgewogene Ernährung?

☐ zu wenig Zeit
☐ fehlende Planung
☐ ich koche nicht gerne oder selten
☐ begrenztes Angebot bei der Arbeit / unterwegs
☐ familiäre oder berufliche Rahmenbedingungen
☐ Schichtdienst
☐ Heißhunger oder starkes Verlangen
☐ Stress oder emotionales Essen
☐ gesundes Essen schmeckt mir häufig nicht
☐ nichts davon

Wie viele Mahlzeiten essen Sie durchschnittlich pro Tag?

☐ 1 Mahlzeit
☐ 2 Mahlzeiten
☐ 3 Mahlzeiten
☐ 4 Mahlzeiten
☐ 5 oder mehr Mahlzeiten
☐ sehr unterschiedlich

Zu welcher Tageszeit essen Sie gewöhnlich die größte Menge?

☐ morgens
☐ mittags
☐ nachmittags
☐ abends
☐ spät abends / nachts
☐ sehr unterschiedlich

Haben Sie das Gefühl, besonders am Abend mehr zu essen als geplant?

☐ nein
☐ manchmal
☐ häufig
☐ fast täglich

Wo nehmen Sie Ihre Mahlzeiten überwiegend ein?

Mahlzeit	zu Hause	unterwegs	Kantine	Restaurant / Imbiss
Frühstück	☐	☐	☐	☐
Mittagessen	☐	☐	☐	☐
Abendessen	☐	☐	☐	☐

Wie häufig frühstücken Sie?

☐ täglich
☐ an den meisten Tagen
☐ selten
☐ nie
☐ abhängig von Arbeit oder Schicht

Wie häufig essen Sie Zwischenmahlzeiten oder Snacks?

☐ nie / selten
☐ 1 Mal täglich
☐ 2 Mal täglich
☐ 3 Mal oder häufiger
☐ sehr unterschiedlich

5 Getränke, Hunger, Sättigung und Heißhunger

Hunger und Sättigung können durch Mahlzeitenstruktur, Stress, Schlaf, Gewohnheiten und hormonelle Veränderungen beeinflusst werden.

Welche Getränke trinken Sie überwiegend?

- ☐ Wasser / Mineralwasser
- ☐ Kaffee
- ☐ Softdrinks
- ☐ Energy-Drinks
- ☐ ungesüßter Tee
- ☐ Saft / Schorle
- ☐ Light-Getränke
- ☐ Milchgetränke

Wie viel trinken Sie durchschnittlich pro Tag?

- ☐ unter 1 Liter
- ☐ 1-1,5 Liter
- ☐ 1,5-2 Liter
- ☐ 2-3 Liter
- ☐ mehr als 3 Liter

Treten bei Ihnen Heißhungerattacken auf?

- ☐ nein
- ☐ 1-2 Mal pro Woche
- ☐ täglich oder fast täglich
- ☐ selten
- ☐ mehrmals pro Woche

Wann tritt Heißhunger bei Ihnen am häufigsten auf?

Nur beantworten, wenn Heißhunger bei Ihnen vorkommt.

- ☐ vormittags
- ☐ abends
- ☐ nach langen Essenspausen
- ☐ in Stresssituationen
- ☐ sehr unterschiedlich
- ☐ nachmittags
- ☐ nachts
- ☐ nach Sport
- ☐ während oder vor der Menstruation

Worauf haben Sie bei Heißhunger besonders häufig Appetit?

- ☐ Süßes
- ☐ Brot / Backwaren
- ☐ große Portionen allgemein
- ☐ Salziges
- ☐ fettreiche Speisen
- ☐ sehr unterschiedlich

Essen Sie manchmal, obwohl Sie keinen körperlichen Hunger verspüren?

- ☐ nein
- ☐ manchmal
- ☐ selten
- ☐ häufig

Welche Situationen lösen Essen ohne körperlichen Hunger bei Ihnen am ehesten aus?

- ☐ Stress
- ☐ Frust oder Traurigkeit
- ☐ Gewohnheit
- ☐ Fernsehen / Mediennutzung
- ☐ Langeweile
- ☐ Belohnung
- ☐ Geselligkeit
- ☐ keine davon

Wie gut nehmen Sie Ihr Sättigungsgefühl wahr?

- ☐ sehr gut
- ☐ erst spät
- ☐ kann ich schwer einschätzen
- ☐ meistens gut
- ☐ häufig gar nicht

6 Ernährungsform, Bewegung und Muskeltraining

Bewegung, Muskelmasse und Ausdauer beeinflussen Leistungsfähigkeit, Grundumsatz und Stoffwechsel. Mehrfachnennungen sind möglich.

Machen Sie derzeit eine bestimmte Diät oder Ernährungsform?

- ☐ nein
- ☐ kalorienreduziert
- ☐ Low Carb
- ☐ Intervallfasten
- ☐ vegetarisch
- ☐ vegan
- ☐ ketogen
- ☐ Trennkost / spezielles Programm
- ☐ medizinisch verordnete Ernährung
- ☐ sonstige Ernährungsform: _____

Wie schätzen Sie Ihre tägliche Eiweißzufuhr ein?

- ☐ bewusst eiweißreich
- ☐ wahrscheinlich ausreichend
- ☐ eher gering
- ☐ kann ich nicht einschätzen

Wie häufig sind Sie derzeit gezielt sportlich aktiv?

- ☐ selten
- ☐ 1 Mal pro Woche
- ☐ 2 Mal pro Woche
- ☐ 3-4 Mal pro Woche
- ☐ 5 Mal oder häufiger

Welche Bewegungs- oder Trainingsformen betreiben Sie derzeit?

- ☐ Fitnessstudio
- ☐ Krafttraining zu Hause
- ☐ Training mit freien Gewichten
- ☐ Gerätetraining
- ☐ Training mit dem eigenen Körpergewicht
- ☐ EMS-Training
- ☐ Cardio im Fitnessstudio
- ☐ Walking / Nordic Walking
- ☐ Joggen
- ☐ Radfahren
- ☐ Schwimmen
- ☐ Wandern
- ☐ Yoga
- ☐ Pilates
- ☐ Gymnastik / Rehasport
- ☐ Mannschaftssport
- ☐ keine regelmäßige Sportart

Betreiben Sie gezieltes Muskeltraining?

- ☐ nein
- ☐ ja, zu Hause
- ☐ ja, im Fitnessstudio
- ☐ ja, mit EMS
- ☐ ja, im Reha- oder Gesundheitssport

Bestehen körperliche Einschränkungen oder Beschwerden beim Training?

- ☐ nein
- ☐ Rücken
- ☐ Knie
- ☐ Hüfte
- ☐ Schulter / Nacken
- ☐ Herz-Kreislauf
- ☐ Atemwege
- ☐ sonstige: _____

7 Schlaf und Regeneration

Schlaf ist eine wichtige Säule für Regeneration, Essverhalten, Leistungsfähigkeit und Stoffwechsel.

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?

- ☐ unter 5 Stunden
- ☐ 5-6 Stunden
- ☐ 6-7 Stunden
- ☐ 7-8 Stunden
- ☐ mehr als 8 Stunden

Haben Sie das Gefühl, ausreichend Schlaf zu bekommen?

- ☐ ja
- ☐ meistens
- ☐ manchmal
- ☐ nein

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Schlafqualität ein?

- ☐ sehr gut
- ☐ gut
- ☐ mittelmäßig
- ☐ eher schlecht
- ☐ sehr schlecht

Haben Sie Ein- oder Durchschlafprobleme?

- ☐ nein
- ☐ Einschlafprobleme
- ☐ Durchschlafprobleme
- ☐ beides

Fühlen Sie sich morgens in der Regel erholt?

- ☐ ja
- ☐ meistens
- ☐ manchmal
- ☐ nein

Schnarchen Sie oder wurde bei Ihnen eine Schlafapnoe festgestellt?

- ☐ nein
- ☐ ich schnarche
- ☐ Verdacht auf Schlafapnoe
- ☐ Schlafapnoe diagnostiziert
- ☐ nicht bekannt

8 Stress und Entspannung

Stress kann Hunger, Essverhalten, Schlaf und Regeneration beeinflussen. Die Beantwortung ist freiwillig.

Wie hoch empfinden Sie Ihre derzeitige Stressbelastung?

- ☐ sehr gering
- ☐ gering
- ☐ mittel
- ☐ hoch
- ☐ sehr hoch

Welche Lebensbereiche oder Situationen belasten Sie momentan besonders?

- ☐ Beruf / Ausbildung
- ☐ Familie
- ☐ Pflege oder Betreuung von Angehörigen
- ☐ Gesundheit
- ☐ Schlafmangel
- ☐ Zeitdruck / Mehrfachbelastung
- ☐ finanzielle Belastungen
- ☐ persönliche Veränderungen
- ☐ Sonstiges
- ☐ ich möchte hierzu keine Angaben machen

Haben Sie im Alltag ausreichend Zeit für Erholung und Entspannung?

- ☐ ja
- ☐ meistens

☐ manchmal ☐ nein

Was nutzen Sie regelmäßig zur Entspannung?

☐ Spaziergänge / Natur ☐ Sport ☐ Atemübungen / Meditation
☐ Lesen / Musik ☐ soziale Kontakte ☐ Yoga / Entspannungskurse
☐ Hobbys ☐ derzeit nichts regelmäßig

9 Hormonelle Situation und Wechseljahre

Dieser Abschnitt ist freiwillig und besonders dann hilfreich, wenn hormonelle Veränderungen Ihre Beschwerden, Ihr Gewicht, Ihren Schlaf oder Ihr Wohlbefinden beeinflussen könnten.

In welcher hormonellen Lebensphase befinden Sie sich nach eigener Einschätzung?

☐ trifft für mich nicht zu ☐ Perimenopause
☐ Menopause ☐ Postmenopause
☐ nicht sicher / nicht bekannt

Bestehen derzeit Beschwerden, die Sie mit hormonellen Veränderungen oder den Wechseljahren in Verbindung bringen?

☐ nein ☐ ja ☐ unsicher

Welche Beschwerden treffen derzeit auf Sie zu?

☐ Hitzewallungen ☐ Schweißausbrüche
☐ Ein- oder Durchschlafprobleme ☐ Stimmungsschwankungen
☐ Erschöpfung / verminderte Belastbarkeit ☐ Konzentrationsprobleme
☐ Gewichtszunahme ☐ veränderte Fettverteilung / mehr Bauchfett
☐ verstärkter Hunger oder Heißhunger ☐ Muskel- oder Gelenkbeschwerden
☐ Zyklusveränderungen ☐ sonstige Beschwerden: _____

Nehmen Sie derzeit Hormonpräparate ein?

☐ nein ☐ Östrogen
☐ Progesteron ☐ kombinierte Hormontherapie
☐ Schilddrüsenhormone ☐ andere Hormonpräparate
☐ möchte ich nicht angeben

10 Einwilligung und Datenschutz

Ich willige ausdrücklich ein, dass Martina Altmannsberger die von mir in diesem Anamnesebogen angegebenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zweck der Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation meiner Ernährungs-, Bewegungs- und Stoffwechselberatung sowie - sofern gebucht - der Durchführung und Auswertung einer Atemgasanalyse verarbeitet.

Die Beantwortung einzelner Fragen erfolgt freiwillig. Soweit die Verarbeitung auf meiner Einwilligung beruht, kann ich diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Weitere Informationen entnehme ich der gesonderten Datenschutzerklärung bzw. den Datenschutzinformationen nach Art. 13 DSGVO.

☐ **Ja, ich habe die Hinweise gelesen und willige in die beschriebene Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten ein.**

Ort, Datum, Unterschrift

_____

11 Interne Dokumentation - wird von Martina ausgefüllt

Diese Seite ist für die Dokumentation von Messwerten, Beobachtungen und Empfehlungen vorgesehen.

Messwert	Ergebnis	Messwert	Ergebnis
Gewicht		Wunschgewicht	
Größe		BMI	
Taillenumfang		Hüftumfang	
Körperfettanteil		Muskelanteil	
Viszerales Fett		Fettfreie Masse / LBM	
Grundumsatz gemessen		Geschätzter Leistungsumsatz	
Fettverbrennung in Ruhe		KH-Verbrennung in Ruhe	
Täglicher Energiebedarf			

Welche Analyse wurde durchgeführt?

- ☐ Food-Analyse / Ruheanalyse
- ☐ Activity-Analyse
- ☐ Stress-Analyse
- ☐ Kombinationsanalyse

Wie ist die aktuelle Stoffwechselsituation einzuordnen?

- ☐ gute Fettverbrennung in Ruhe
- ☐ eingeschränkte Fettverbrennung in Ruhe
- ☐ überwiegende Kohlenhydratverbrennung
- ☐ metabolische Flexibilität auffällig
- ☐ Grundumsatz erwartungsgemäß
- ☐ Grundumsatz auffällig niedrig
- ☐ Grundumsatz auffällig hoch

Notizen, Beobachtungen und Empfehlungen