

Welche Erkrankungen kommen in Ihrer Familie gehäuft vor:

Bewegungsverhalten:

Ich gehe zu Fuß:

- < 3000 Schritte/Tag
- 3000-6000 Schritte/Tag
- >6000 schritte/Tag
- unbekannt

Ich treibe Sport

- ja
- nein

Sportart(en): _____

Häufigkeit: _____

Ich gehe regelmäßiger Freizeitaktivität nach: _____

Trinkverhalten:

Insgesamt trinke ich _____ Liter am Tag

Ich trinke _____ Liter Wasser oder ungesüßten Tee am Tag

Ich trinke _____ Liter zuckerhaltige Softdrinks oder Saft am Tag

Ich trinke _____ Liter Light-Getränke am Tag

Ich trinke _____ Tassen Kaffee am Tag

- Mit Milch
- Mit Zucker
- Mit Süßstoff
- Anderes: _____

Wie häufig trinken Sie Alkohol?

- täglich
- 3-4 mal pro Woche
- 1-2 mal pro Woche
- 1-2 mal pro Monat
- nie

Ich trinke bevorzugt folgende alkoholischen Getränke:

Raucherstatus:

- Ich rauche
- Ja, seit: _____ Jahren, ich rauche täglich: ____ Zigaretten
 - Nein
 - Ich bin Exraucher seit: ____ Jahren

Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien

- Ich habe folgende Allergien:

- Ich habe folgende Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

- Gegen folgende Lebensmittel habe ich eine Abneigung:

Kostform

Ich ernähre mich nach folgender Kostform:

- Mischkost
- Vegetarische Kost
 - Eier
 - Milchprodukten
 - Fisch
- Vegane Kost
- Sonstiges: _____

Ernährungsverhalten

Ich esse täglich _____ Mahlzeiten

Ich esse regelmäßig

- ja
- nein
- unterschiedlich

Ich esse schnell

- ja
- nein
- weiß ich nicht

Ich esse langsam

- ja
- nein
- weiß ich nicht

Wer bereitet Ihr Essen zu:

Ich esse häufig/regelmäßig außerhalb

- ja
- nein

Ich esse mit Ablenkung (TV, lesen, usw.)

- ja
- nein
- nicht immer

Die folgenden Fragen bitte bei Mehrgewicht beantworten

Gewichtsverlauf im letzten Jahr _____

Niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht _____

Höchstes (Erwachsenen-) Gewicht _____

Mehrgewicht in der Kindheit _____

Mehrgewicht in der Pubertät _____

Mehrgewicht in der Schwangerschaft _____

Mehrgewicht in/seit der Menopause _____

Körperstellen an denen ich besonders zugenommen habe:

- Bauch
- Brust
- Oberkörper
- Beine

Ziele

Ich möchte ____ kg abnehmen

Ich möchte dieses Ziel in folgendem Zeitraum erreichen: _____

Ich möchte abnehmen weil: _____

Ich überprüfe mein Gewicht

- mehrfach am Tag
- täglich
- 1-2 mal pro Woche
- Einmal im Monat
- nie

Anzahl der durchgeführten „Diäten“ und Maßnahmen

- noch nie
- 1-5 mal
- 6-9 mal
- > 10 mal
- regelmäßig
- ständig

Maßnahme(n): _____

Ich habe folgende chirurgische Eingriffe erhalten

Zeitpunkt der Operation und Operationsort: _____

- Magenballon
- Schlauchmagen
- Bypass

Sonstiges: