

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):

Wie sind Sie auf diese Praxis aufmerksam geworden?

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				
Schlaf-Schnarch-Krankheit				
Verengung der Halsgefäße				
Verengung der Bein Gefäße				
Schilddrüsenerkrankung				
Hormonstörungen				
Nierenerkrankungen/Nierensteine				
Gallensteine (oder OP)				
Entzündliche Darmerkrankungen				
Lebervertreibung, -zirrhose				
Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen				
Rheuma/rheumatische Erkrankungen				
Autoimmunerkrankungen				
Krebserkrankungen (welche):				
Aufstoßen				
Entzündung der Speiseröhre				
Entzündung der Magenschleimhaut				
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür				
WEITERE:				

Wurden Sie schon einmal operiert?

Organ:

Wann?

Schnarchen Sie? ja nein

wenn ja: Sind Sie schon deshalb untersucht worden, z.B. im Schlaflabor? ja nein

- Sind Sie schon auf Atempausen aufmerksam gemacht worden? ja nein

- Sind Sie morgens beim Aufwachen ausgeschlafen und ausgeruht? ja nein

- Sind Sie tagsüber extrem müde? ja nein

Beschwerden/Probleme beim Wasserlassen? ja nein

Beschwerden beim Stuhlgang? ja nein

Nächtliches Wasserlassen? mal/Nacht

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
Erkrankungen	Bitte ein Kreuz machen für Ja					
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 Jahre

höchstes (Erwachsenen-) Gewicht kg
das war vor ≤1 Jahr
 2 - 4 Jahre
 ≥5 Jahre

Meine bisher größte Gewichtsabnahme: kg im Jahr _____

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
 aufgrund 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?

Schichtarbeit? Ja nein

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 ?

Bewegungstagebuch

TAG	WIE WAR DER ALLTAG?	WIE HABEN SIE SICH BEWEGT?	HABEN SIE SPORT BETRIEBEN?	MEIN HEUTIGES BEFINDEN	EIGENE BEMERKUNGEN
MO	<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"/> ☹	
DI	<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"/> ☹	
MI	<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"/> ☹	
DO	<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"/> ☹	

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

Bitte beschreiben Sie den Ablauf eines typischen Wochenendes:

ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

So ernähre ich mich

Name: _____
 Adresse: _____
 Alter (Jahre): _____
 Größe (cm): _____
 Gewicht zu Beginn: _____ kg
 Gewicht am Ende: _____ kg
 Protokolltage: _____

Beachten Sie bitte beim Ausfüllen:

- Nehmen Sie Ihr Ernährungsprotokoll überall mit hin. Notieren Sie bitte alles. Auch z. B. Nüsse, Bonbons und Snacks beim Fernsehen. Versuchen Sie während dieser Woche nicht abzunehmen, aber auch nicht zuzunehmen.
- Machen Sie jeweils einen Strich für die angegebene Portionsmenge.
- Die Bezeichnung „Tasse“ ist ein Maß für die Menge, die in eine normale Kaffeetasse passt.
- Ändern Sie die Mengenbezeichnungen nicht.
- Geben Sie Ihr Gewicht vor und nach der Woche an.
- Nach sieben Tagen zählen Sie bitte Ihre Strichlisten zusammen und tragen in die entsprechenden Kästchen die Summe ein
- Mengenerläuterung:
 1 Esslöffel (EL) = 15 ml
 1 Teelöffel /TL) = 5 ml
 1 Tasse (s.o.) = 125 ml

Brot			
Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Graubrot			Scheibe 40,0 g
Weißbrot, Toast			Scheibe 25,0 g
Vollkornbrot			Scheibe 45,0 g
Rosinenbrot mit Hefe und Sultaninen			Scheibe 30,0 g
1/2 Brötchen			Stück 25,0 g
1/2 Vollkornbrötchen			Stück 30,0 g
Croissant aus Blätterteig			Stück 70,0 g
Knäcke, Zwieback			Scheibe 10,0 g
Brotbelag			
Butter			Teelöffel 5,0 g
Margarine			Teelöffel 5,0 g
Butter halbfett			Teelöffel 5,0 g
Margarine halbfett			Teelöffel 5,0 g
Wurst			Scheibe 25,0 g
Wurst fettreduziert			Scheibe 25,0 g
Schinken roh			Portion 10,0 g
Schinken gekocht			Scheibe 30,0 g
Salami			Portion 30,0 g
Käse unter 20% Fett			Portion 30,0 g
Käse 20-40% Fett			Portion 30,0 g
Käse über 40% Fett			Portion 30,0 g
Camembert			Portion 30,0 g
Frischkäse Rahmstufe			Portion 30,0 g
Marmelade, Gelee			Teelöffel 10,0 g
Honig			Teelöffel 10,0 g
Nußnougatcreme			Portion 20,0 g
Magerquark (≤3% Fett)			Eßlöffel 30,0 g
Speisequark (10%Fett)			Eßlöffel 30,0 g
Eier			Stück 60,0 g
Cerealien (Corn Flakes, etc.)			
Haferflocken, trocken			Esslöffel 10,0 g
Früchte-Müsli			Tasse 50,0 g

Schoko-Müsli		Tasse 50,0 g
Frischkornbrei		Tasse 125 g
Cornflakes, trocken		Tasse 20,0 g

Kaffee und Milchprodukte

Kaffee, Tee (schwarz)		Tasse 125 g
Früchte-/Kräutertee		Tasse 125 g
Dosenmilch		Teelöffel 5,00 g
Zucker		Teelöffel 5,00 g
Süßstoffe		Tabl./Tropf. 0,5 g
Kakao		Tasse 125 g
Trinkmilch 3,5 %		Tasse 125 g
Trinkmilch 1,5 %		Tasse 125 g
Buttermilch		Tasse 125 g
Naturjoghurt 3,5 % Fett		kleiner Becher 150 g
Naturjoghurt 1,5 % Fett		kleiner Becher 150 g
Naturjoghurt 0,1 % Fett		Kl. Becher 150 g
Joghurt mit Fruchtzubereitung		kleiner Becher 150 g

Fleisch- und Wurstwaren

Kotelett, Schnitzel (paniert)		Portion 125 g
Steak, Schnitzel natur		Portion 125 g
Putenschnitzel		Portion 125 g
Hähnchenschnitzel		Portion 125 g
Braten		Portion 125 g
Gulasch, Ragout		Tasse 125 g
Bratwurst		Stück 100 g
Bockwurst		Stück 125 g
Fleisch-, Kochwurst		Portion 100 g
Frikadelle, Klops		Stück 100 g
1/2 Hähnchen		Stück 370 g
Leber, Herz, Niere		Portion 125 g
Mett, Gehacktes		Portion 100 g
Tatar, Schabefleisch		Portion 100 g
Speck, Bauchfleisch		Scheibe 50,0 g
Fleischsalat		Portion 50 g

Beilagen, Soßen & Suppen

Kartoffeln		Stück 80,0 g
Kartoffelpüree		Tasse 150 g
Klöße, Knödel		Stück 80,0 g
Bratkartoffeln		Tasse 120 g
Pommes Frites		Portion 100 g
Kartoffelpuffer		Stück 70,0 g
Kartoffelsalat		Portion 150 g
Reis, gekocht		Tasse 100 g
Nudeln, gekocht		Tasse 100 g
Pizza, mittelgroß		Stück 300 g
Mehlpfannkuchen		Stück 180 g
Klare Suppe		Teller, 250 ml
Gebundene Suppe		Teller, 250 ml
Gemüsesuppe, dick		Portion, 350 ml
Soßen hell		Portion 60,0 g
Soßen dunkel		Portion 60,0 g
Tomatenketchup		Portion 20,0 g
Hackfleischsoße		Esslöffel 20,0 g
Käsesoße		Portion 60,0 g
Gemüse		
Gemüse, gebunden		Portion 200 g
Gemüse, gedünstet		Portion 200 g
Hülsenfrüchte		Portion 200g
Tomaten frisch		Stück 60,0 g
Gurke		Stück 100 g
Rohkostsalat		Portion 150 g
Blattsalat gemischt		Portion 150 g
Gemüsepaprika frisch		Stück 150 g
Mohrrübe frisch		Stück 150 g
Radieschen frisch		Stück 15,0 g
Sahne-Dressing		Esslöffel 30 g
Essig-Öl-Marinade		Esslöffel 30 g
Joghurt-Dressing		Esslöffel 30 g
Fisch		

Fisch gekocht oder gedünstet		Portion 150 g
Fisch gebraten		Portion 150 g
Fisch, paniert		Portion 150 g
Fischstäbchen		Stück 30,0 g
Fischkonserve		Dose 180 g
Fisch, geräuchert		Stück 70,0 g
Rollmops, Matjes		Stück 90,0 g
Krustentiere		Portion 100 g
Heringssalat		Portion 50 g
Getränke		
Fruchtsaft (100% Frucht)		Glas 200 g
Limonade, Cola		Glas 200 g
Lightgetränke		Glas 200 g
Mineralwasser oder Sodastreamer		Glas 200 g
Gemüsesaft		Glas 200 g
Bier alkoholfrei		Glas 300 g
Bier		Glas 300 g
Wein, Sekt		Glas 125 g
Spirituosen		Schnapsglas 20,0 g
Likör, Apfelf Korn		Schnapsglas 20,0 g
Obst		
Apfel, Birne		Stück 125 g
Pfirsich, Nektarine		Stück 125 g
Trauben, Beeren		Stück 100 g
Orange /Apfelsine		Stück 150 g
Banane		Stück 140 g
Trockenobst		Tasse 70,0 g
Kiwi		Stück 45 g
Kirschen, frisch		Portion 125 g
Pflaumen, frisch		Portion 125 g
Kuchen und Dessert		
Obstkuchen		Stück 100 g
Trockenkuchen		Stück 70,0 g
Sahne-, Cremetorte		Stück 120 g

Stückchen, Teilchen		Stück 100 g
Schlagsahne		Esslöffel 20,0 g
Waffeln		Portion 150 g
Eis		Portion 150 g
Milchpudding		Portion 150 g
Kompott, Apfelmus		Portion 125 g
Süßwaren und Snacks		
Bonbon		Stück 5 g
Kekse		Stück 10 g
Müsliriegel		Stück 50 g
Schokolade		Stückchen 20 g
Schokoriegel (z. B. Mars, Nuts)		Stück 60,0 g
Pralinen		Stück 13,0 g
Gummibärchen		Handvoll 15 g
Nüsse		Handvoll 50 g
Salzige Knabberereien		Handvoll 50 g
Kartoffelchips		Handvoll 50 g
Studentenfutter mit Erdnüssen		Handvoll 50 g
Negerkuss, mittelgroß		Stück 20 g

Für Lebensmittel, die nicht in dieser Liste aufgeführt sind			
Lebensmittel	Anzahl	Sum	Kücheneinheit

Ggfs. wichtige Anmerkungen für die Auswertung:
