



Ernährungsprotokoll Fragebogen

Persönliche Daten

Name:	Telefon/ Mobil:
Straße /Hausnummer:	E-Mail:
PLZ/Wohnort:	Geburtsdatum/ Alter:

Anamnese (falls bekannt)

Körpergröße:	Gewicht (in Kg):
Körperfettanteil:	Taillenumfang / Hüftumfang:
BMI:	Medikamente:
Erkrankungen:	Rauchen/ regelmäßiger Alkoholkonsum:

Körperliche und geistige Belastung

Beruf:	Arbeitsstunden pro Tag /Tage pro Woche
Schlaf pro Nacht:	

Einstufung der täglichen Aktivität (bitte ankreuzen)

- Leichte (z.B. Büro/ Rentner)
- Ausschließlich sitzend mit wenig Freizeitaktivität
- Sitzend mit zeitweilig stehender/gehender Tätigkeit
- Überwiegend im Gehen/ Stehen ausgeübte Tätigkeit
- Körperlich anstrengende Arbeit

Belastungsgrad der täglichen sportlichen Aktivität/ Trainingszustand

- Unsportlich
- Anfänger
- Fortgeschrittener
- Leistungssportler

Sportliche Aktivitäten

Aktivität	Leichte Intensität	Mittlere Intensität	Schwere Intensität	Anzahl pro Woche

Allgemeines

Wer kauft ein?

Wer kocht?

Sind Kochkenntnisse vorhanden?

Essen sie regelmäßig?

- Ja
- Nein
- unterschiedlich

Wie viele Mahlzeiten nehmen sie am Tag zu sich?

Zu welchen Zeiten werden die Mahlzeiten eingenommen?

Haben sie Ablenkung während des Essens (z.B. TV)?

Haben sie derzeit privaten oder beruflichen Stress?

Wie beurteilen sie das Gewicht Ihrer Familie?

Ernährung

Lebensmittel, auf die sie schwer verzichten können

Lebensmittel, welche sie nicht mögen oder nicht vertragen

:

Sind Lebensmittelunverträglichkeiten bekannt? (wenn ja, welche)

Sind Allergien bekannt? (wenn ja, welche?)

Nehmen sie Nahrungsergänzungsmittel? (wenn ja, welche?)

Was und wieviel trinken sie am Tag?

Haben sie bereits Reduktionsdiäten ausprobiert, und wenn ja, welche?

Beurteilen sie ihre Essgeschwindigkeit (bitte ankreuzen)

- 30 min
 - 20 min
 - Unter 10 min
-

Beurteilen sie Ihre Portionsgröße

- XL
 - L
 - M
 - S
-

7-Tage-Ernährungsdokumentation

Name:	Alter:
Gewicht:	Ernährungsform:
Ziel:	Datum:

Tag 1

Frühstück

-

-

-

-

-

Mittagessen

-

-

-

-

-

Abendessen

-

-

-

-

-

Snacks











Getränke











Tag 2

Frühstück











Mittagessen











Abendessen











Tag 3

Frühstück











Mittagessen











Abendessen











Snacks











Getränke











Tag 4

Frühstück











Mittagessen











Abendessen











Snacks











Getränke











Tag 5

Frühstück











Mittagessen

•

•

•

•

•

•

Abendessen

•

•

•

•

•

•

Snacks

•

•

•

•

•

•

Getränke

•

•

•

•

Tag 6

Frühstück











Mittagessen











Abendessen











Snacks











Getränke











Tag 7

Frühstück











Mittagessen

•

•

•

•

•

•

Abendessen

•

•

•

•

•

Snacks

•

•

•

•

•

Getränke

•

•

•

•

•

Snacks











Getränke










