

# Fragebogen

## Erstellung eines individuellen Ernährungsplans

### Fachberater/in für holistische Gesundheit:

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Klient/in:

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Hiermit bestelle ich verbindlich eine Ernährungsanalyse, inkl. Ernährungsplan und Beratung zum Preis von \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift:

\_\_\_\_\_

### Klientendaten:

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

Grösse: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Im Haushalt lebende Kinder: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

### Wodurch sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Was erhoffen Sie sich von meiner Tätigkeit?**

---

---

---

---

**Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Situation**

Welche gesundheitlichen Probleme haben Sie derzeit und seit wann bestehen sie?

- Allergie

---

---

- Nahrungsmittelunverträglichkeit

---

---

- Bluthochdruck oder zu niedriger Blutdruck

---

---

- Hoher Cholesterinwert

---

---

- Diabetes

---

---

- Hautprobleme

---

---

Fragebogen – Erstellung eines individuellen Ernährungsplans

- Kopfschmerzen oder Migräne

---

---

- Magenprobleme

---

---

- Darmprobleme: Blähungen Verstopfung Durchfall, Sonstiges

---

---

- Müdigkeit

---

---

- Pilzinfektion: Darmpilz, Genitalpilz, Nagelpilz, Hautpilz

---

---

- Rheuma, Gicht, Arthrose

---

---

- Rückenprobleme

---

---

- Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion

---

---

- Osteoporose

---

---

- Infektanfälligkeit

---

---

- Schlafstörungen

---

---

- Sonstige Beschwerden

---

---

---

---

### **Welches ist Ihr Hauptproblem?**

---

---

---

### **Ihre Zahnsituation**

- Haben Sie Zahnfleischprobleme?

---

---

- Wie viele Amalgamfüllungen haben Sie?

---

- Wurden bereits Füllungen entfernt? Wenn ja, wie viele und wann?

---

---

- Wurde eine Ausleitung vorgenommen? Wenn ja, wann und in welcher Form?

---

---

- Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? Wenn ja, wie viele?

---

---

**Leiden Sie unter Stress, Ängsten, Depressionen? Wenn ja, seit wann?**

---

---

---

---

**Welche Gesichts- bzw. Körperpflegeprodukte verwenden Sie?**

---

---

---

---

**Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche und seit wann?**

---

---

---

---

**Nehmen Sie derzeit Hormone ein? (z. B. Pille, Hormonpflaster, Hormontinktur)**

---

---

**Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, mit welcher Erkrankung?**

---

---

---

**Waren Sie schon einmal in naturheilkundlicher Behandlung?  
Wenn ja, mit welcher Erkrankung?**

---

---

---

---

**Nehmen Sie Nahrungsergänzungen ein? Wenn ja, welche?**

---

---

---

**Rauchen Sie (Zigaretten, Zigarre, Pfeife)? Wenn ja, wie viel täglich?**

---

---

**Treiben Sie Sport? Wenn ja, welche Sportart und wie oft pro Woche?**

---

---

---

---

**Fragen zu Ihrer Ernährungsweise**

- Haben Sie Ihre Ernährung bereits umgestellt? Wenn ja, wann und was haben Sie verändert?

---

---

---

---

- Ernähren Sie sich vegetarisch, vegan oder sind Sie Rohköstler?

---

- Bereiten Sie Ihr Mittagessen selbst zu?

---

- Essen Sie mittags in der Kantine, Gaststätte oder anderswo?

---

- Verwenden Sie eine Mikrowelle?

---

- Verwenden Sie Süsstoff?

---

- Verwenden Sie gerne Light-Produkte?

---

## Ihre derzeitige Ernährungsweise:

### Das Frühstück

- Um welche Uhrzeit frühstücken Sie?

---

- Was frühstücken Sie und in welcher Menge?

---

---

---

- Favorisieren Sie eher Butter oder Margarine auf dem Brot?

---

- Essen Sie Ihr Müsli mit oder ohne Zucker; mit oder ohne Früchten?

---

- Verwenden Sie für Ihr Müsli Joghurt, Kuhmilch oder eine pflanzliche Milch?

---

- Trinken Sie morgens Bohnenkaffee, Getreidekaffee, Tee oder Säfte? Und in welcher Menge?

---

---

- Was essen Sie zwischen dem Frühstück und dem Mittagessen?

---

---



## Das Mittagessen

- Um welche Uhrzeit essen Sie zu Mittag?

---

- Was essen Sie mittags und wie oft pro Woche?

---

Kartoffeln:

---

weisser oder vollwertiger Reis:

---

anderes Getreide:

---

Gemüse:

---

Welches Gemüse mögen Sie gar nicht?

---

Käsegerichte:

---

Eiergerichte:

---

Fleisch:

---

Fisch:

---

Tofu:

---

Ansonsten:

---

Salat:

---

Essen Sie ihn vor, während oder nach dem Essen?

---

Mit Essig und Öl, Joghurt- oder Sahnedressing?

---

- Was essen Sie zwischen dem Mittagessen und dem Abendessen?

---

---

---

---

## Das Abendessen

- Um welche Uhrzeit essen Sie zu Abend?

---

- Was essen Sie abends und wie oft pro Woche?

---

Brot:

---

Wurst:

---

Käse:

---

Salat:

---

Milchprodukte:

---

Obst:

---

Kartoffeln, Nudeln, Reis:

---

Fleisch, Fisch, Eier, Tofu:

---

Gemüse:

---

Ansonsten:

---

---

- Was essen Sie zwischen dem Abendessen und dem Zubettgehen?

---

---

**Was und wieviel trinken Sie am Tag?**

Kaffee: \_\_\_\_\_

Tee: (Schwarztee, Grüntee, Früchtetee, sonstiger Tee) \_\_\_\_\_

Softgetränke wie Cola: \_\_\_\_\_

gesüsste Getränke: \_\_\_\_\_

kohlensäurehaltiges Wasser: \_\_\_\_\_

stilles Wasser: \_\_\_\_\_

Leitungswasser: \_\_\_\_\_

Alkohol: Wein, Bier, Schnaps etc.: \_\_\_\_\_

**Was möchten Sie mir zusätzlich mitteilen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_