

# ANAMNESEBOGEN

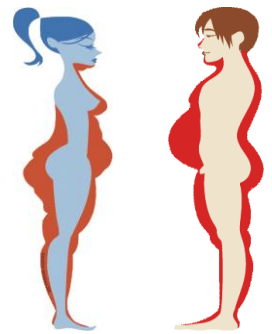
**Ernährung | Gesundheit | Bewegung | Motivation**

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
 Strasse und Hausnr. \_\_\_\_\_ Geschlecht: weibl. / männl.  
 (zutreffendes unterstreichen)  
 PLZ und ORT \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_  
 Tätigkeit \_\_\_\_\_ Vollzeit / Teilzeit?

## Körperzusammensetzung

Gewicht \_\_\_\_\_ kg Wunschgewicht \_\_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_\_ cm  
 Umfang um Bauchnabel \_\_\_\_\_ cm über Gesäß \_\_\_\_\_ cm Oberschenkel \_\_\_\_\_ cm  
 Körperfettanteil \_\_\_\_\_ % Viszerales Fett \_\_\_\_\_ Muskelanteil \_\_\_\_\_ %  
 Grundumsatz \_\_\_\_\_ kcal

Eigene Problemzone? Bitte im Bild markieren



## Ziel

Ich wünsche mir: (zutreffendes ankreuzen)

Stoffwechselregulierung \_\_\_ Gesundheitsverbesserung \_\_\_ Schmerzreduzierung \_\_\_ Gewichtsabnahme \_\_\_  
 Gewicht unverändert \_\_\_ Gewichtszunahme \_\_\_ Figurstraffung \_\_\_ Muskelaufbau \_\_\_  
 Problemzonenregulierung \_\_\_ dauerhafte Zielerhaltung \_\_\_

## Bisherige Versuche das Gewicht/ die Problemzone zu regulieren:

Ich habe eine gesunde Ernährung \_\_\_ Ernährung sowie ich denke \_\_\_

Ich mache eine Ernährung a la (FDH Mengenreduziert) \_\_\_ fettreduziert (Low-fat) Kost \_\_\_

kalorienreduzierte Kost \_\_\_ kohlenhydratarmer (Low Carb) Kost \_\_\_ Vegetarische Ernährung \_\_\_

Kurzdiäten (z.B. Frauenzeitschriften) \_\_\_ nach einem Programme \_\_\_ welches? \_\_\_\_\_

Seit wann ernähre ich mich so? seit \_\_\_\_\_

Ich mache Sport \_\_\_\_\_ Stunden \_\_\_ x pro Woche was? \_\_\_\_\_

Ich nehme Nahrungsergänzungsmittel( z.B. Magnesium, Vitamine, Eiweißpulver, Diätmittel) ja/nein

Welche? \_\_\_\_\_

Ich unterstütze meine Ziel mit Entspannung \_\_\_ Entschlackung Entgiftung \_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

1

beauty balance / vita balance-Gesundheits- & Ernährungskonzept |

befit-Gesundheits-& Ernährungskoach J. Zumpe

[www.gesund-fit-und-schlank.de](http://www.gesund-fit-und-schlank.de)

(09933) 952891 , (0152) 01751173

Anamnesebogen 01/13

# ANAMNESEBOGEN

**Ernährung | Gesundheit | Bewegung | Motivation**

## Istzustand Ernährung

### Aktuelle Ernährung

Um die aktuelle Ernährungssituation beurteilen zu können, führen Sie bitte ein Ernährungsprotokoll für 4 Tage laut Anleitung (siehe Anhang Ernährungsprotokoll)

Angaben zur Ernährung, auch Nahrungsmittelunverträglichkeiten abgeben (unterstreichen und ergänzen)

Ich esse alles:	ja	nein				
Davon esse ich nur selten:	Fleisch	Geflügel	Fisch	Käse		
Davon esse ich gar nichts:	Fleisch	Geflügel	Fisch	Käse	Meeresfrüchte	

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Genussmittel

**Nikotin** JA / NEIN Falls JA : seit wann \_\_\_\_\_ und aktuell \_\_\_\_\_ Anzahl Zig. / Tag

Haben Sie früher geraucht ? JA / NEIN seit wann Nichtraucher \_\_\_\_\_

Würden Sie gerne das Rauchen aufgeben ? JA / NEIN

**Alkohol** JA / NEIN

Falls JA : wie häufig? \_\_\_\_\_  
 täglich 3x/Woche 1x/Woche 2x/Monat 1x/Monat SELTENER

Welche Alkoholsorten trinken Sie? \_\_\_\_\_  
 Bier Wein Spirituosen /Alkohol

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Istzustand Gesundheit

### Aktuelle Gesundheit

Viele Gesundheitsprobleme beeinflussen die Zielerreichung. Gewisse Beschwerden oder Symptome zeigen stoffwechselbedingte Probleme auf, welche individuelle Hilfestellungen benötigen.  
 Alle Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Bitte auf der nächsten Seite ankreuzen!

# ANAMNESEBOGEN

Ernährung | Gesundheit | Bewegung | Motivation

Rücken | Figur | Herz | Stoffwechsel | Personal Training



Ernährungsberatung &  
Gesundheitscoaching J. Zumpe  
mobil 0152/ 01 75 11 73

## Angaben zur Gesundheit

(zutreffendes ankreuzen)

x	Was?	Seit wann?
	Hoher Blutdruck	
	Herzerkrankungen	
	Cholesterin	
	Gelenkschmerzen	
	Gelenkerkrankungen	
	Schilddrüsenunterfunktion	
	Schilddrüsenüberfunktion	
	Schilddrüsen-Operation	
	Chronische Bronchitis	
	Carzinome	
	Asthma	
	Akne	
	Fußschweiß	
	Zahnplaque	
	Eitrige Mandeln	
	Ekzeme	
	Furunkel, Karbunkel	
	Neurodermitis	
	Arteriosklerose	
	Diabetes mellitus	
	Legasthenie	
	Gastritis	
	Colitis Ul.	
	Parkinson	
	Alzheimer	
	M. Crohn	
	M. Bechterew	
	Arthritis	
	Fibromyalgie	
	Karies	
	Parodontose	
	Bandscheibenleiden	
	Bindegewebsschwächen	
	Muskelfaser-, Sehnen- und Kapselrisse	

x	Was?	Seit wann?
	Hauterkrankung	
	Magenbeschwerden	
	Sodbrennen	
	Pilzerkrankung(Darm)	
	Gallenbeschwerden	
	Verdauungsbeschwerden	
	Reizdarm	
	Blähungen	
	Schlafstörungen	
	Depression	
	Wechseljahrsbeschwerden	
	Hämorrhiden	
	Allergien	
	Schuppenflechte	
	Offenes Bein	
	Hautjucken	
	Nierenerkrankung	
	Unverträglichkeiten	
	PMS-Symptome	
	Verhärtungen, Verspannungen	
	Haarverlust	
	Gallenseine, Nierensteine, Blasensteine	
	Arthrose	
	Rheuma, Gicht	
	Schlaganfall	
	Altersflecken	
	Zahnstein	
	Lipome, Fibrome	
	Zysten , Myome	
	Osteoporose	
	Arteriosklerose	
	Krampfadern	
	Leistenbrüche	
	brüchige Fingernägel	
	Falten	

Psychische Belastungen/ Beschwerden JA / NEIN

Wenn JA, welche?

Allergien JA / NEIN

Wenn JA, welche?

Sonstige Erkrankungen oder Beschwerden JA / NEIN

Wenn JA, welche

AKTUELL schwanger ?

JA / NEIN

**ANAMNESEBOGEN von \_\_\_\_\_**  
**Ernährung | Gesundheit | Bewegung | Motivation**

**Medikamente: JA / NEIN**

**Nahrungsergänzungen Ja /Nein**

JA, welche, bitte mit Namen und Dosierung und seit wann:

gegen hohen Blutdruck JA / NEIN \_\_\_\_\_

Entwässerungstablette/ Diuretika JA / NEIN \_\_\_\_\_

gegen Blutzucker JA / NEIN \_\_\_\_\_

falls Insulin bitte spezifizieren \_\_\_\_\_

gegen Harnsäure JA / NEIN \_\_\_\_\_

gegen Blutfett/Cholesterin JA / NEIN \_\_\_\_\_

Schilddrüsenfehlfunktion JA / NEIN Unter/Überfunktion? \_\_\_\_\_

Antirheumatikum JA / NEIN \_\_\_\_\_

Pille / Hormone JA / NEIN \_\_\_\_\_

Antidepressiva JA / NEIN \_\_\_\_\_

Homöopatika JA / NEIN \_\_\_\_\_

Vitamine JA / NEIN \_\_\_\_\_

Mineralien JA / NEIN \_\_\_\_\_

Schmerzmittel JA / NEIN \_\_\_\_\_

Sonstige JA / NEIN \_\_\_\_\_

# ANAMNESEBOGEN von \_\_\_\_\_

## Ernährung | Gesundheit | Bewegung | Motivation

### Istzustand Gesundheit /Laborwerte

Laborwerte können über den derzeitigen Gesundheitsstatus eine Momentaufnahme zeigen. Bei aktuellen Krankheiten oder gesundheitlichen Auffälligkeiten helfen Sie bei der Auswahl der Empfehlung für Ernährung, Bewegung und weiterer gesundheitsfördernden Maßnahmen. Bei auffälligen Laborwerten können mögliche Störungen mit dem Hausarzt abgeklärt werden. Die Laborwerte können über Ihren Hausarzt oder direkt über Partner-Ärzte/Labor abnehmen lassen. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihren Coach.

#### Benötigte Blutwerte (Bitte Blutwerteinheit markieren bzw. ergänzen)

Blutwerte	Ergebnis	Einheit	Blutwerte	Ergebnis	Einheit
Erythrozyten		Mio/ $\mu$ l	Cholesterin		mg/dl    mmol/l
Hämoglobin		g/dl    g/l    mmol/l	HDL Cholesterin		mg/dl    mmol/l
Hämatokrit		%    L/L	LDL Cholesterin		mg/dl    mmol/l
Leukozyten		Tsd/ $\mu$ l	CK gesamt		U/l 37° C $\mu$ mol/si U/l 25° C    ykat/l
Monozyten		%	Eisen		$\mu$ g/dl $\mu$ mol/l
Lymphozyten		%	gamma-GT		U/l 37° C $\mu$ mol/si U/l 25° C    ykat/l
Neutrophile		%	GOT		U/l 37° C %    ykat/l
Eosinophile		%	GPT		U/l 37° C %    ykat/l
MCH(HBE)		pg    mmol/l amol    ymol/l	Gesamt Eiweiß		g/dl    g/l
MCV		fl	Harnstoff		mg/dl    mmol/l
Thrombozyten		Tsd/ $\mu$ l	Harnsäure		mg/dl $\mu$ mol/l
Amylase		U/l 37° C $\mu$ mol/si	Kalium		mmol/l
Alk. Phosphatase		U/l 37° C $\mu$ mol/si U/l 25° C	Kreatinin		mg/dl $\mu$ mol/l
CRP		positiv mg/l negativ	LDH		U/l 37° C $\mu$ mol/si
Bilirubin		mg/dl $\mu$ mol/l ymol/l	Lipase		U/l 37° C $\mu$ mol/si U/l 25° C
Glucose		mg/dl mmol/l	Natrium		mg/dl mmol/l
Calcium		mmol/l mg/dl kA	Triglyceride		mg/dl mmol/l
			TSH		$\mu$ IU/ml mg/dl

# ANAMNESEBOGEN von \_\_\_\_\_

## Ernährung | Gesundheit | Bewegung | Motivation

### Istzustand Bewegung | Training

Bewegung ist das eine, Training das andere! Wenn Du ein Ziel erreichen möchtest, sollte das Training zielgerichtet, kontrolliert und regelmäßig angepasst werden. Damit eine Einschätzung der Bewegungs- und Trainingsbelastung in Alltag und Freizeit erstellt werden kann, bitte ich Dich folgende Fragen zu beantworten.

### Dein Schnelltest zur Trainingszielbestimmung

Damit Du Dich mit Deinen persönlichen Bedürfnissen beim Training besser orientieren kannst, bietet Dir der folgende Schnelltest eine grundsätzliche Typisierung passend zu Deinem Trainingsziel.

Du achtest überwiegend auf Dich und Dein Essverhalten	<input type="checkbox"/>	A
Du leidest unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	G
Du nutzt die Sauna oder Wohlfühlangebote als Energiequelle	<input type="checkbox"/>	C
Du verspürst Müdigkeit im Alltag - besonders in den Beinen	<input type="checkbox"/>	D
Du verbindest Charisma mit einer guten Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	A
Du willst für Deine Gesundheit nur das Beste	<input type="checkbox"/>	C
Du hattest einen Bandscheibenvorfall oder Dir ist eine Haltungsschwäche bekannt	<input type="checkbox"/>	F
Du kommst beim Treppensteigen schnell außer Atem	<input type="checkbox"/>	G
Du kennst Deinen Körper und die Stärken und Schwächen Deiner Muskulatur	<input type="checkbox"/>	D
Du bist manchmal energielos und müde	<input type="checkbox"/>	C
Du leidest unter einer Bindegewebsschwäche.	<input type="checkbox"/>	A
Du hast bereits eine Rückenschule besucht	<input type="checkbox"/>	F
Du kümmerst Dich um eine gesunde Ernährung oder willst dies nun umsetzen	<input type="checkbox"/>	C
Du hast einen Marathon geplant oder bereits daran teilgenommen	<input type="checkbox"/>	E
Du bist in Deiner Rückenbeweglichkeit eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	F
Du hast bereits viel Erfahrung mit Diäten	<input type="checkbox"/>	B
Du hast einen aktiven Alltag, fühlst Dich leistungsfähig oder willst das angehen	<input type="checkbox"/>	A
Du hast im Tagesverlauf Verspannungen oder Schmerzen im Rücken	<input type="checkbox"/>	F
Du empfindest Dein Herz im Alltag physisch als nicht so belastbar	<input type="checkbox"/>	G
Du willst Dein Hautbild verbessern	<input type="checkbox"/>	A
Du nimmst schon von wenig Essen zu	<input type="checkbox"/>	B
Du willst einen flachen Bauch oder diesen erhalten	<input type="checkbox"/>	A
Du hast vom Arzt eine vorgeschriebene Wattzahl für Dein Herz- Kreislauf-Training	<input type="checkbox"/>	G
Du weißt eine aktive Muskulatur zu schätzen oder willst dies erfahren	<input type="checkbox"/>	D

### Zusammenfassung

A   
  B   
  C   
  D   
  E   
  F   
  G

# ANAMNESEBOGEN von \_\_\_\_\_

## Ernährung | Gesundheit | Bewegung | Motivation

Du fühlst Dich nach Deinem Herz-Kreislauf-Training glücklicher	<input type="checkbox"/>	G
Du leidest öfters unter Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	F
Du hast einen erhöhten Körperfettanteil, BMI oder zu viel Gewicht	<input type="checkbox"/>	B
Du nimmst Betablocker	<input type="checkbox"/>	G
Du bist meistens diszipliniert darin, Deine Figur zu halten, und dadurch figurbesorgt	<input type="checkbox"/>	A
Du baust beim Herz-Kreislauf-Training Stress ab und nutzt Deine Glückshormone	<input type="checkbox"/>	G
Du warst schon bei mehreren Rückenspezialisten in Behandlung	<input type="checkbox"/>	F
Du liest gerne beim Fahrradfahren oder genießt das Cardio-Kino	<input type="checkbox"/>	G
Du trittst dem Altern selbstbewusst entgegen und kennst Deinen Jungbrunnen	<input type="checkbox"/>	C
Du nutzt zur Zielerreichung bereits L-Carnitin	<input type="checkbox"/>	E
Du hast eine konkrete Vorstellung und ggf. ein Bild von Deiner Wunschfigur	<input type="checkbox"/>	B
Du versorgst Deine Muskeln bereits mit genügend eiweißreichen Lebensmitteln	<input type="checkbox"/>	D
Du hast eine eingeschränkte Beweglichkeit in Gelenken oder Rückenabschnitten	<input type="checkbox"/>	F
Du schwitzt bei Deinen Ausdauertrainingseinheiten sehr und trinkst reichlich	<input type="checkbox"/>	E
Du hast in Deiner Wahrnehmung eine Apfel- oder Birnenkörperform	<input type="checkbox"/>	B
Du fühlst Dich grundsätzlich wohl in Deiner Haut	<input type="checkbox"/>	D
Du schränkst Dich beim Essen ein	<input type="checkbox"/>	B
Du willst Dein Fett verbrennen und nutzt dafür das Herz-Kreislauf- Training	<input type="checkbox"/>	A
Du kennst Deinen Jungbrunnen/ fühlst dich vital oder willst das angehen	<input type="checkbox"/>	C
Du gibst der Gesunderhaltung einen hohen Stellenwert	<input type="checkbox"/>	D
Du nutzt Jogging oder Rad zum Auspowern	<input type="checkbox"/>	E
Du formst und stärkst Deinen Körper durch Muskeltraining	<input type="checkbox"/>	D
Du empfindest das Bistro als einen tollen Kommunikationspunkt	<input type="checkbox"/>	C
Du hast Durchblutungsstörungen und willst etwas dagegen tun	<input type="checkbox"/>	G
Du siehst Essen als Gefühlssache an	<input type="checkbox"/>	B
Du kennst Taubheitsgefühle der Extremitäten aus eigener Erfahrung	<input type="checkbox"/>	F
Du trinkst viel und weißt/ dass es gut für Deinen Körper ist.	<input type="checkbox"/>	A
Du nutzt im Ausdauerbereich Leistungsspitzen und setzt Intervalle	<input type="checkbox"/>	E
Du kontrollierst regelmäßig Dein Gewicht auf der Waage	<input type="checkbox"/>	B
Du leidest unter Knochenschmerzen oder an Verschleißerscheinungen Ihrer Gelenke	<input type="checkbox"/>	D
Du weißt um Deinen Ausgleich für Körper und Geist	<input type="checkbox"/>	C
Du kennst Deinen Ruhepuls oder interessierst Dich dafür	<input type="checkbox"/>	G
Du verzichtest auf bestimmte Kleidungsstücke/ weil Du Dich darin unwohl fühlst	<input type="checkbox"/>	B
Du bist zielstrebig bei Deinem Ausdauertraining und erfährst ein Glücksgefühl dabei	<input type="checkbox"/>	E
Du stehst morgens 1-2 x wöchentlich mit Rückenbeschwerden auf.	<input type="checkbox"/>	F
Du hast schlechte Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/>	B
Du nutzt einen Pulsmesser/ um Deine Ausdauerleistungsfähigkeit zu steigern	<input type="checkbox"/>	E
Du willst einen straffen Körper oder diesen halten	<input type="checkbox"/>	A
Du kennst den Jo-Jo-Effekt oder möchtest diesem vorbeugen	<input type="checkbox"/>	B
Du vergisst beim Indoor Cycling/ Joggen oder auf dem Rudergerät die Zeit	<input type="checkbox"/>	E
Du interessierst Dich für Muskeltraining/ weil Du weißt/ wie gut es ist	<input type="checkbox"/>	D

### Zusammenfassung

A   
  B   
  C   
  D   
  E   
  F   
  G

# ANAMNESEBOGEN von \_\_\_\_\_

## Ernährung | Gesundheit | Bewegung | Motivation

### Kurzauswertung Schnelltest

Addieren die Symbole der Zusammenfassung und schreibe auf, wie oft Du diese angekreuzt hast.

A     B     C     D     E     F     G

Welches dieser Symbole hast Du am meisten angekreuzt? Sollte es der Fall sein, dass Du zwei oder mehrere Symbole ähnlich oft angekreuzt hast, so bist Du ein Mischtyp und kannst Dich daher mit mehreren Typen und deren Leitsystem befassen.

Lies Dir bei 8 oder mehr gleichen Symbolen Deine passende Typisierung durch:

A	= Du lebst oder willst figurbewusst leben <b>„Figur formen“ passt zu Dir</b>	
B	= Du hast oder willst Dein Wunschgewicht halten: <b>„Abnehmen managen“</b>	
C	= Du willst Deine persönliche Vitalität erhalten oder diese erlangen: <b>„Vitalität steigern“ passt zu Dir</b>	
D	= Du trainierst bereits Deine Muskulatur oder möchtest damit starten: <b>„Muskulatur stärken“</b>	
E	= Du bist der Ausdauerstyp und steigerst Deine Ausdauerleistungsfähigkeit: <b>„Ausdauer optimieren“ passt zu Dir</b>	
F	= Du willst die Gesundheit Deines Rückens verbessern: <b>„Rücken stabilisieren“ passt zu Dir</b>	
G	= Du kümmerst Dich um Dein Herz-Kreislauf-System: <b>Alle Untergruppen passen zu Dir, den Ausdauertraining und Fettverbrennung gehört zu jedem Trainingsprogramm</b>	

## Aktuelles Bewegungs -/Trainingsprogramm

Bitte Zutreffendes unterstreichen!

Ich bin Familienmanager/in meine Bereiche sind

Haushaltstätigkeiten | Kindererziehung | Kochen |  
pflegerische Tätigkeiten |

Ich mache Ausdauertraining/ Stressausgleich mit

aktivem Walking/ Nordic Walking | Rad fahren |  
Jogging | Schwimmen | Step-Aerobic-Kurs | Golfen |  
Reiten |

Wie oft? \_\_\_\_\_ Stunden/ pro Woche

Mit Intensität 1-Sehr, sehr leicht | 2-Sehr leicht | 3-Recht leicht | 4-gering | 5-Etwas anstrengender |  
6-ziemlich stark | 7-Anstrengend | 8-Stark | 9-Sehr anstrengend | 10-Sehr stark |  
11-Sehr, sehr anstrengend | 12-Sehr, sehr stark | 13-zu stark, geht nicht mehr



# ANAMNESEBOGEN von \_\_\_\_\_

## Ernährung | Gesundheit | Bewegung | Motivation

Ich mache **Figur-/Krafttraining Kurs oder Geräte** Wie oft? \_\_\_\_\_ Stunden/ pro Woche

Intensität:

- Stufe 1- Bauchtraining zu Hause | Bauch-Beine-Po-Kurs | Pilates | Rückengym | Reha-Sport
- Stufe 2- Kraftausdauer Ganzkörper max. 50 Wdh. je Muskelgruppe
- Stufe 3- Umfangreiches Training- erhöhtes Zusatzgewicht
- Stufe 4- mit gesteigerten Gewichten und hoher Intensität

Ich mache **kein zusätzliches regelmäßiges Training,**

weil **Gesundheitliche Probleme** \_\_\_\_\_ bitte näher beschreiben \_\_\_\_\_

Zeitliches Problem \_\_\_\_\_ bringt nichts/schlechte Erfahrung \_\_\_\_\_ keine Lust \_\_\_\_\_

Ich habe **Interesse**

an individueller Ernährungsberatung JA / NEIN	Ernährungsplanung JA / NEIN	Entschlackung JA / NEIN
Trainingsberatung JA/ NEIN	Trainingsplan JA/ NEIN	Trainingsbetreuung JA / NEIN
Personal Training JA/NEIN	Laktat-Test JA / NEIN	(Ermittlung des persönlichen Fettverbrennungsbereiches)

## Istzustand Motivation | Mentale Belastung | Stress

*Erfolg beginnt im Kopf!*

Zielstellung, Motivation und mentale Belastung (Stress) beeinflussen den Weg zum Ziel. Dieser Bereich ist der sensibelste, aber oft ein bedeutender Bereich bei Veränderungen. Vielleicht können nicht alle Fragen sofort beantwortet werden oder einige bringen Sie zum nachdenken. Gut so!

Gedanken sind Kräfte.  
Jeder Gedanke hat die  
Tendenz, sich zu realisieren.  
Du wirst, was Du Dir vorstellst.

**Bewertung mit 1 sehr gering -7 sehr wichtig!**

Was stört Sie am meisten? \_\_\_\_\_

Wie wichtig ist Ihnen die Veränderung? 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7

Was erhoffen Sie sich mit der Veränderung? \_\_\_\_\_

Für wen möchten Sie diese Veränderung? \_\_\_\_\_

Wie stark fühlen Sie sich beruflich belastet? 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7

Wohnen Sie in Ihrem Haushalt ALLEINE / MIT PARTNER/IN  
MIT KINDERN ANZAHL \_\_\_\_\_ ALTER \_\_\_\_\_

MIT ANDEREN PERSONEN zusammen ? \_\_\_\_\_

Wie stark fühlen sie sich familiär belastet? 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7

Wie stark fühlen sie sich partnerschaftlich belastet? 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7

Wie viel Zeit haben sie nur für sich? (ohne Essen-, Schlaf- und Pflegezeit) \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag

**ANAMNESEBOGEN von \_\_\_\_\_**  
**Ernährung | Gesundheit | Bewegung | Motivation**

Danke für die Beantwortung der Fragen.

Vor- und Nachname des Teilnehmers (in Blockschrift) \_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen!

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Hilfestellung im Rahmen des Konzeptes Beauty Balance gespeichert werden. befit-Personal Trainer Jörg Zumpe verpflichtet sich, die Daten außerhalb der notwendigen Eingaben zur Diagnose und Behandlung /Planerstellung, nicht an unbeteiligte Dritte weiterzugeben.
- Ich möchte weiter Informationen zu aktuellen Angeboten und Kursen per e-mail (Bitte e-mail ergänzen) \_\_\_\_\_ oder per Post erhalten

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Persönliche Fragen /Anmerkungen:**

# ANAMNESEBOGEN von \_\_\_\_\_

## Ernährung | Gesundheit | Bewegung | Motivation

### Aktuelles Ernährungsprotokoll

#### 1. Allgemeine Richtlinien:

- Notieren Sie alle Speisen und Getränke, die Sie konsumieren.
- Protokollieren Sie alles zum Zeitpunkt des Verzehrs und nicht später!
- Schreiben Sie alle Mahlzeiten, Zwischenmahlzeiten, Süßigkeiten, Getränke usw. auf. Notieren Sie auch alle Soßen, Füllungen oder Extras, wie z.B. Schokofüllung, Bratensaft usw.
- Wenn Sie Mahlzeiten auslassen, dann kennzeichnen Sie diese.

#### 2. Beschreibung von Nahrungsmitteln und Getränken:

- Beschreiben Sie die Speisenzubereitung, z.B. gegrillt, gekocht, gedünstet usw.
- Beschreiben Sie die Art des verzehrten Nahrungsmittels so genau wie möglich.
- Schreiben Sie den Markennamen des Produkts dazu, z.B. Iglo, Knorr.
- Beschreiben Sie Chip's, Kekse, Kuchen oder Schnitten, z.B. Salzstangen, Butterkeks, Waffel mit Schokoladenfüllung, Krapfen, Obstbiskuit.
- Benennen Sie Käse (z.B. Edamer 35 % F.i.Tr.), Fisch (z.B. Fischstäbchen), 2 Scheiben Wurst (z.B. Salami) und Fleisch (z.B. Schweinsschnitzel mager).
- Für viele Nahrungsmittel, wie z.B. Öl, Zucker, Butter, Honig, Milch (für den Kaffee), Marmelade etc. sind entsprechende Angaben in Haushaltsmassen ausreichend. Geben Sie die Zahl der Teelöffel (TL) oder Esslöffel (EL) an und beschreiben Sie, ob diese halbvoll, gestrichen oder gehäuft waren.
- Alle übrigen festen Nahrungsmittel, wie z.B. Brot, Fleisch, Teigwaren, Kartoffeln, Obst usw. geben Sie in Gramm oder Stück an (z.B. 60 g Vollkornbrot, 100 g gekochte Teigwaren, 10 g Putenschnitzel).

3. Am Ende des Tages vermerken Sie welche Art von Bewegung Sie gemacht haben und wie lange Sie diese durchführten (z.B. 1 Stunde spazieren, ½ Stunde Rad gefahren).

4. Führen Sie das Ernährungsprotokoll jeden Tag, mindestens 4 Tage lang (optimal 2 Wochentage/2 Wochenende).

#### Beispiel der Protokollierung

Falsch	Richtig
<p><b>Montag, 22.10</b></p> <p><u>Frühstück:</u> Tee, Käsebrot</p> <p><u>Zwischenmalzeit:</u> 1 Joghurt</p> <p><u>Mittag:</u> Fleisch, Püree</p>	<p><b>Montag, 22.10</b></p> <p><u>Frühstück, 7.00 Uhr:</u> ¼ l Tee mit 1 Würfelzucker, 1 Scheibe (1 cm dick) Vollkornbrot mit 2 Scheiben Emmentaler 45% F.i.Tr.</p> <p><u>Zwischen-Snack, 10.00 Uhr:</u> 1 Becher (180 g) Fruchtjoghurt 3,2% Fett</p> <p><u>Mittag, 12.00 Uhr:</u> ca. 150 Fleisch, 2 kleine Löffel Kartoffelpüree</p>

**ANAMNESEBOGEN von \_\_\_\_\_**  
**Ernährung | Gesundheit | Bewegung | Motivation**

# Ernährungsprotokoll

Name:	Datum:
-------	--------

TAG, Nr. 1

Bitte Tragen sie in ihr Protokoll Uhrzeit, Essen und Trinken mit besten Gewissen ein.

Mahlzeiten	Zeit	Speisen/Menge	Getränke	Situation
<u>E</u>				
<u>ZM</u>				
<u>M</u>				
<u>ZM</u>				
<u>A</u>				
<u>Spät</u>				
<u>Zwischendurch:</u>				

Bewegung:

.....

**ANAMNESEBOGEN von \_\_\_\_\_**  
**Ernährung | Gesundheit | Bewegung | Motivation**

## Ernährungsprotokoll

Name:	Datum:
-------	--------

TAG, Nr. 2

Bitte Tragen sie in ihr Protokoll Uhrzeit, Essen und Trinken mit besten Gewissen ein.

Mahlzeiten	Zeit	Speisen/Menge	Getränke	Situation
<u>E</u>				
<u>ZM</u>				
<u>M</u>				
<u>ZM</u>				
<u>A</u>				
<u>Spät</u>				
<u>Zwischendurch:</u>				

Bewegung: .....

**ANAMNESEBOGEN von \_\_\_\_\_**  
**Ernährung | Gesundheit | Bewegung | Motivation**

**Ernährungsprotokoll**

Name:	Datum:
-------	--------

TAG, Nr. 3

Bitte Tragen sie in ihr Protokoll Uhrzeit, Essen und Trinken mit besten Gewissen ein.

Mahlzeiten	Zeit	Speisen/Menge	Getränke	Situation
<u>E</u>				
<u>ZM</u>				
<u>M</u>				
<u>ZM</u>				
<u>A</u>				
<u>Spät</u>				
<u>Zwischendurch:</u>				

Bewegung:.....

**ANAMNESEBOGEN von \_\_\_\_\_**  
**Ernährung | Gesundheit | Bewegung | Motivation**

## Ernährungsprotokoll

Name:	Datum:
-------	--------

TAG, Nr. 4

Bitte Tragen sie in ihr Protokoll Uhrzeit, Essen und Trinken mit besten Gewissen ein.

Mahlzeiten	Zeit	Speisen/Menge	Getränke	Situation
<u>E</u>				
<u>ZM</u>				
<u>M</u>				
<u>ZM</u>				
<u>A</u>				
<u>Spät</u>				
<u>Zwischendurch:</u>				

Bewegung:.....