

Fragebogen Erstgespräch

Datum:



1 **Persönliche Angaben**

Name (m/w):

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Beruf:

Wohnsituation:

2 Wie sieht der normale Alltag aus?

Uhrzeit Aufstehen:

(Mo-Fr/Sa-So)

Uhrzeit Arbeitsbeginn:

Uhrzeit Arbeitsende:

Uhrzeit Zubettgehen:

(Mo-Fr/Sa-So)

Frühstück:

(Uhrzeit, Art, Menge)

Mittagessen:

(Uhrzeit, Art, Menge)

Abendessen:

(Uhrzeit, Art, Menge)

Snacks:

(Uhrzeit, Art, Menge)

Wasser/Tee:

Sonstige Getränke:

(Art, Menge)

Lieblingsgemüse, -obst:

Lieblingsgerichte:

Häufigstes Essen:

Abneigungen,

Unverträglichkeiten:

Verdauung:

Bewegung/Sport:

Entspannung/-

smethoden:

Schlaf:

(Qualität, Dauer)

Stress/-empfinden:

3 Gesundheit/Krankheit

Erkrankungen (der Organe, des Bewegungsapparates, endokrinologischer Art, neurologischer Art, psychologischer Art, Allergien):

Medikamente:

Operative Eingriffe:

Familiäre Disposition:

Liegt ein aktuelles **Blutbild**
vor? Bestand schon einmal
ein **Mangel**?

4 Ziele

Warum kommt der Kunde in die Ernährungsberatung? Was ist der Wunsch? Was wurde bis jetzt unternommen? Was hat geklappt/nicht geklappt?

[illegible]