NATURPRAXIS
Sol y Luna

Anamnesebogen Ernährungsberatung

Name	Vorname
Strasse	PLZ / Ort
Telefon	E-Mail
Geb. am	Familienstand
Anzahl Kinder	Alter Kinder
Gewicht / Grösse	Beruf
	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Schichtdienst

1. **Ziele und Wünsche**

☐ Verbesserung der Leistungsfähigkeit
☐ Verbesserung der Gesundheit
☐ Reduzierung von Schmerzen
☐ Ernährungsumstellung
☐ Sonstiges:_____

☐ Verbesserung des Wohlbefindens
☐ Gewichtsreduktion
☐ Gewichtszunahme
☐ Verbesserung der Schlafqualität

2. **Bisherige Versuche die obengenannten Ziele zu erreichen:**
(Sport, Diät, Ernährungsumstellung, …)

_____

_____

_____

3. **Wie ist ihr allgemeines Wohlbefinden zuzeit?** (bitte einkreisen)

sehr schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr gut

4. **Wie hoch ist ihr Stresslevel aktuell?** (bitte einkreisen)

Beruflich	sehr niedrig	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 sehr hoch
Privat	sehr niedrig	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 sehr hoch

5. **Treiben Sie derzeit Sport?** ☐ Ja ☐ Nein

   Falls ja, beschreiben Sie bitte das Sportprogramm (Art, Dauer, Häufigkeit, Intensität):

6. **Wie ist Ihre Regeneration nach dem Sport?** (Muskelkater, schwere Beine, Dauer, Empfinden)

7. **Sind Sie derzeit schwanger?** ☐ Ja ☐ Nein

   Falls ja, Anz. Wochen:

8. **Leiden Sie derzeit unter Erkrankungen oder Beschwerden?** ☐ Ja ☐ Nein

   ☐ Allergien:

   ☐ Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

   ☐ Autoimmunerkrankungen:

   ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

   ☐ Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes):

   ☐ Rheumatische Beschwerden:

   ☐ Operationen:

   ☐ Sonstige:

9. **Sind Sie momentan in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung?**

   ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche?

   _____

10. **Haben Sie häufig Zahn- oder Zahnfleischprobleme?** (Karies, Zahnfleischbluten, Parodontitis)

    ☐ Ja ☐ Nein

11. **Gibt es hormonelle Besonderheiten?** (Zykluslänge, PMS, Stimmungsschwankungen, Wechseljahre)

    ☐ Ja ☐ Nein

    Wenn ja, welche?

    _____

12. **Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?** ☐ Ja ☐ Nein

    Wenn ja, welche?

    _____

13. **Nehmen Sie derzeit Nahrungsergänzungsmittel ein?** ☐ Ja ☐ Nein

    Wenn ja, welche?

    _____

14. **Trinken Sie Alkohol?** ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wieviel? _____

15. **Rauchen Sie?** ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wieviel? _____

16. **Wieviel trinken Sie pro Tag?** _____(l/Tag) Was? (Wasser, Säfte…) _____

17. **Wie ist Ihre Kostform?**

☐ Mischkost

☐ vegetarische Kost

☐ vegane Kost

☐ sonstige: _____

18. **Wie würden Sie Ihre Ernährung beschreiben?**

sehr ungesund 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr gesund

Falls eher ungesund, gibt es Gründe?

☐ keine Zeit ☐ ich kann nicht gesund kochen

☐ kein Angebot (Kantine o. Ä.) ☐ Sonstige: _____

19. **Wo nehmen Sie Ihre Mahlzeiten am öftesten ein?**

☐ zu Hause ☐ unterwegs ☐ bei der Arbeit ☐ Kantine o. Ä.

☐ Restaurants ☐ Imbiss, Bäckerei ☐ Sonstige: _____

20. **Wie ist Ihre Verdauung?** (z.B. Blähbauch, Verstopfung, Durchfall, Völlegefühl…)

_____

_____

Stuhlgang Häufigkeit: _____ ☐ pro Tag / _____ ☐ pro Woche

21. **Wie ist Ihr Schlaf?**

☐ erholsam ☐ nicht erholsam ☐ Einschlafstörungen

☐ Durchschlafstörungen ☐ frühmorgendliches Erwachen / Zeit: _____

☐ Sonstiges: _____

Ort und Datum Unterschrift

_____