

**Fragebogen für persönlichen Ernärungsplanplan**

**Persönliche Daten:**

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

Geb.-Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Str./Hausnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMAil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tätigkeit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Männlich ⃝ Weiblich ⃝

**Körperdaten:**

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

Tallienumfang \_\_\_\_\_\_\_\_\_cm Hüftumfang \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cm

**Gesundheitscheck: Nein Ja Welche?**

Haben Sie nach dem Essen Kopfschmerzen? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bestehen Stoffwechselerkrankungen? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bestehen Hautprobleme? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie Asthma? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bekommen Ihnen fettreiche Speisen? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie Diabetes? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Essen Sie lieber süß oder salzig? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie viele Mahlzeiten Essen Sie tägl.? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Werden Sie nach dem Essen müde? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Werden Sie nach dem Essen aggressiv? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie oft treiben Sie Sport pro Woche?

Nie ⃝ 1x ⃝ 2-3x ⃝ 4-5x ⃝ 6-7x ⃝

Wie beurteilen Sie Ihre momentane Fitness?

Sehr gut ⃝ gut ⃝ befriedigend ⃝ ausreichend ⃝

mangelhaft ⃝ ungenügend ⃝

Wie beurteilen Sie Ihre persönliche Ernährungsweise?

( 1=sehr gesund / 6= ungesund ) \_\_\_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie Ihren Gewichtsstatus?

Übergewicht ⃝ Genau richtig ⃝ Untergewicht ⃝

Welche Sportarten wurden bisher betrieben? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wo liegt Ihr Wunschgewicht? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie oft haben Sie schon Diäten durhgeführt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Welches Ziel soll erreicht werden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_