GERLIND HENKEL
ERNÄHRUNGSBERATUNG

# Fragebogen

## Individueller Ernährungsplan

Gerlind Henkel
Isernhagen
gerlind.henkel@gmail.com
Mobil 0151-400 747 12
www.gerlind-henkel.de

**Klientendaten:**

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Grösse: _____

Strasse/Nr.: _____ Gewicht: _____

PLZ/Ort: _____ Familienstand: _____

Telefon: _____ Im Haushalt lebende Kinder: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Hiermit bestelle ich verbindlich eine Ernährungsanalyse, inkl. Ernährungsplan und Beratung

Preis: _____

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Beratungsleistung ausschliesslich der Prävention dient und es sich nicht um eine Therapie handelt. Die Teilnahme erfolgt auf eigene Verantwortung.

Datum: _____ Unterschrift: _____

## Was erhoffen Sie sich von meiner Tätigkeit?

## Ihre gesundheitliche Situation

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

☐ Allergie

☐ Nahrungsmittelunverträglichkeit

☐ Bluthochdruck oder zu niedriger Blutdruck

☐ Hoher Cholesterinwert

☐ Diabetes

☐ Hautprobleme

☐ 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?

☐ Haben Sie Amalgamfüllungen? Wenn ja, wie viele?

☐ 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 und wie oft?

---

**Rauchen Sie (Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren, 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 ☐ Rohkost

---

Bereiten Sie Ihr Mittagessen selbst zu? ☐ a ☐ Nein

---

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

---

☐ Verwenden Sie eine Mikrowelle?

☐ Verwenden Sie gerne Light-Produkte?

☐ Verwenden Sie Süssstoffe? Wenn ja, welche?

---

## Das Frühstück

Um welche Uhrzeit frühstücken Sie?

---

Was frühstücken Sie und in welcher Menge?

---

---

Was favorisieren Sie eher auf dem Brot? ☐ Butter ☐ Margarine

Wie essen Sie Ihr Müsli? ☐ mit Zucker ☐ ohne Zucker

Essen Sie Ihr Müsli mit Früchten? Wenn ja, welche? ☐ Ja ☐ Nein

---

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

---

Trinken Sie morgens Kaffee, 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:

---

Wann essen Sie den Salat? ☐ vor dem Essen ☐ während dem Essen ☐ nach dem Essen

Mit welcher Sauce? ☐ Essig und Öl ☐ Joghurtdressing ☐ 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?

---

## Trinken

Was und wie viel trinken Sie am Tag?

☐ Kaffee:

☐ Tee (Schwarztee, Grüntee, Früchtetee etc.):

☐ Softgetränke (wie Cola etc.):

☐ gesüsste Getränke:

☐ kohlensäurehaltiges Wasser:

☐ stilles Wasser:

☐ Leitungswasser:

☐ Alkohol (Wein, Bier, Schnaps etc.):

## Was möchten Sie mir zusätzlich mitteilen?

## Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?