

**Cristina Leidenberger**  
Ganzheitliche Gesundheitsberatung  
E-Mail: [info@einfach-heil-bar.de](mailto:info@einfach-heil-bar.de)  
[www.einfach-heil-bar.de](http://www.einfach-heil-bar.de)



**einfach-heil-bar**  
Ganzheitliche Gesundheitsberatung

## Anamnese – Ernährungs- und Gesundheitsberatung

### Liebe Klienten, lieber Klient

Ernährungsberatung ist sehr individuell, daher muss ich viel über Sie wissen, um Sie optimal beraten zu können. Sie helfen mir bei dieser Aufgabe, wenn Sie den folgenden Fragebogen ausfüllen. Vielen Dank 😊

Um Sie erfolgreich beraten zu können und um mich auf das Gespräch mit Ihnen vorbereiten zu können, bitte ich Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt. Fragen, die Sie nicht beantworten können oder möchten, lassen Sie bitte aus.

**Bitte senden Sie den Fragebogen vor Ihrem Termin ausgefüllt an mich zurück.**

Ich möchte eine:

- Ernährungsberatung
- Mikronährstoffberatung
- Kombinierte Ernährungs- und Mikronährstoffberatung
- Gesundheitsberatung

|  |  |
|--|--|
| <b>Klient</b>  | _____  |
|  | Name                      Vorname                      Geburtsdatum  |
| <b>Anschrift</b>   | _____  |
|  | Straße                      Hausnummer                      PLZ, Ort |
|  | _____  |
|  | Telefon                      E-Mail-Adresse                          |
| <b>Bei Kindern<br/>bitte auch<br/>Angaben<br/>der Eltern</b> | <b>Mutter</b>  |
|  | _____  |
|  | Name                      Vorname                      Geburtsdatum  |
|  | _____  |
|  | Beruf  |



**Beschreiben Sie Stichpunktartig eine übliche Mahlzeit**

Frühstück:

Mittag:

Abend:

Zwischendurch:

Sonstiges:

**Lieblingsessen:** \_\_\_\_\_

Sportliche Tätigkeiten / Sportart / Stunden pro Woche

Kontakt zu „schädlichen Stoffen“? Nikotin / Chemikalien / Wohnraumbelastung (Pilze)

Stress? In welcher Form? Beruflich / Familiär / Unzufriedenheit / anderer Stress

Krankheiten? Vor allem Allergien?

Hautprobleme?

Schmerzen? Wann? Wo? Zusammenhang zum Essen

**Erkrankungen der blutsverwandten Familie:**

- Übergewicht    Diabetes, Typ \_\_\_\_    Bluthochdruck    Erhöhte Blutfette    Nierenschwäche
- Erhöhte Harnsäure / Gicht    Gallen- / Nierensteine    Herzinfarkt    Schlaganfall    Krebs
- Sonstiges:

**Eigene Erkrankungen:**

- Übergewicht    Diabetes, Typ \_\_\_\_    Bluthochdruck    Erhöhte Blutfette    Nierenschwäche
- Erhöhte Harnsäure / Gicht    Gallen- / Nierensteine    Herzinfarkt    Schlaganfall    Krebs
- Leberverfettung    Schilddrüsenfehlfunktion    Osteoporose    Hautprobleme
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten    Sonstiges:

Werden Medikamente regelmäßig eingenommen? Welche und wie viele?



**Die Beschwerden sind erstmalig aufgetreten:**

- nach einer Magen Darm Infektion  
 nach einer / mehreren Antibiotika-Einnahmen  
 nach einer Operation: \_\_\_\_\_  
 nach Einnahme von Medikamenten: \_\_\_\_\_

**Die Beschwerden bestehen seit:** \_\_\_\_\_

**Diagnostische Maßnahmen:**

**Magenspiegelung:**  Nein  Ja, wann? \_\_\_\_\_

**Darmspiegelung:**  Nein  Ja, wann? \_\_\_\_\_

**Stuhluntersuchung (Darmflora-Analyse)**  Nein  Ja, wann? \_\_\_\_\_

**Test auf Nahrungsmittelallergien:**  Nein  
 Ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

**Test auf Nahrungsmittelunverträglichkeiten:**

- Milchzucker  
 Fruchtzucker  
 Sorbit  
 Histamin

**Ich habe gegen meine Beschwerden bisher folgende Medikamente / Substanzen ausprobiert:**

\_\_\_\_\_

**Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?**

|                                  | (fast) nie | ab & zu | mehrfach pro Woche | 1x tgl. | mehrfach täglich |
|----------------------------------|------------|---------|--------------------|---------|------------------|
| Milch                            |            |         |                    |         |                  |
| Quark Joghurt                    |            |         |                    |         |                  |
| Käse                             |            |         |                    |         |                  |
| Eier                             |            |         |                    |         |                  |
| Brot/Brötchen                    |            |         |                    |         |                  |
| Müsli                            |            |         |                    |         |                  |
| Nudeln                           |            |         |                    |         |                  |
| Reis                             |            |         |                    |         |                  |
| Kuchen / Kekse                   |            |         |                    |         |                  |
| Süßigkeiten                      |            |         |                    |         |                  |
| Chips                            |            |         |                    |         |                  |
| Fleisch                          |            |         |                    |         |                  |
| Fisch                            |            |         |                    |         |                  |
| Pommes, Fischstäbchen            |            |         |                    |         |                  |
| Pizza, Lasagne, Hamburger, Döner |            |         |                    |         |                  |
| Wurst                            |            |         |                    |         |                  |
| Gemüse                           |            |         |                    |         |                  |
| Obst                             |            |         |                    |         |                  |
| Hülsenfrüchte                    |            |         |                    |         |                  |
| Nüsse                            |            |         |                    |         |                  |

|             |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|
| Fastfood    |  |  |  |  |  |
| Fruchtsäfte |  |  |  |  |  |
| Softdrinks  |  |  |  |  |  |
| Bier        |  |  |  |  |  |
| Wein        |  |  |  |  |  |

**Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)?**

\_\_\_\_\_ Liter

**Aktuelle Ernährungssituation**

Wie geht es Ihnen zur Zeit?

---



---



---

**Was erhoffen Sie sich von meiner Beratung?**

**Kosten:**

Mir ist bekannt, dass die Kosten für die Ernährungsberatung nicht von der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung übernommen werden. Die Abrechnung richtet sich nach Aufwand und Dauer der Beratung.

**Einwilligung:**

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail widerrufen kann

Name

Ort, Datum

-----