

Stammdaten des Patienten

Anrede* ☐ Frau ☐ Herr Geburtsdatum*

Vorname* Nachname*

Zielsetzung

Messwerte

Größe (cm)* Gewicht (kg)* Wunschgewicht (kg)*

Fragen zur Gesundheit (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| ☐ Ich habe Blähungen | ☐ Ich habe ein schwaches Immunsystem |
| ☐ Ich neige zu Verstopfung | ☐ Ich habe chronische Entzündungen |
| ☐ Ich habe niedrigen Blutdruck | ☐ Ich nehme blutverdünnende Medikamente ein |
| ☐ Ich habe hohen Blutdruck | ☐ Ich nehme Schilddrüsenhormone ein |
| ☐ Ich habe Diabetes mellitus | ☐ Ich nehme Cholesterinsenker ein |
| ☐ Ich habe Heuschnupfen oder Asthma | |

Fragen zur Ernährung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| ☐ Ich esse kein Fleisch | ☐ Ich habe eine Laktoseintoleranz |
| ☐ Ich esse keinen Fisch | ☐ Ich habe eine Histaminintoleranz |
| ☐ Ich esse keine Eier | ☐ Ich habe eine Glutenunverträglichkeit |
| ☐ Ich esse keine Kuhmilchprodukte | ☐ Ich habe eine Fruktosemalabsorptionsstörung |
| ☐ Ich esse keine Sojaprodukte | |

⊖ Weitere Nahrungsmittel ausschließen

.....

Fragen Allgemein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| ☐ Ich liebe Herausforderungen im Sport/Beruf | ☐ Ich esse gerne Fleisch |
| ☐ Ich diskutiere gerne | ☐ Ich fühle mich nach intensiven Sporteinheiten ausgeglichen |
| ☐ Ich stehe gerne im Mittelpunkt | |

Angaben des Therapeuten

Zusatzseiten in den Ernährungsplan einfügen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| ☐ Zusatzseite Vorbereitung | ☐ Zusatzseite Glutenunverträglichkeit |
| ☐ Zusatzseite Laktoseintoleranz | ☐ Zusatzseite Fruktosemalabsorptionsstörung |
| ☐ Zusatzseite Histaminintoleranz | ☐ Zusatzseiten Wissenswertes |

Weitere Angaben (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ☐ Mengenminus | ☐ Mengenplus | ☐ kein Intervallfasten gewünscht |
| ☐ Zonulin erhöht | ☐ Zonulin erniedrigt | |

Blutgruppe* (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ 0 ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ wird ermittelt

Laborauftragsnummer

Therapeutenname