

# Ernährungs-Check

## Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Körpergröße	cm
Derzeitiges Gewicht	kg
Niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht	kg
Höchstes (Erwachsenen-) Gewicht	kg
Mein Wunschgewicht liegt bei	kg

Nachfolgend finden Sie eine Reihe von Aussagen und Fragen zu bestimmten Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten aus den Bereichen Ernährung, Gesundheit, Freizeit- und Schlafgewohnheiten.

### 1. Ernährungsgewohnheiten

#### 1. Welche Mahlzeiten nehmen Sie regelmäßig ein?

	Bitte ankreuzen	Häufigkeit pro Woche
Frühstück		
2. Frühstück		
Mittagessen		
Zwischenmahlzeit am Nachmittag		
Abendessen		
Nachtessen (nach 22 Uhr)		

#### 2. Wann nehmen Sie Ihre Hauptmahlzeit ein?

	Mo - Fr	Sa - So
am Morgen		
am Vormittag		
am Mittag		
am Nachmittag		
am Abend		

### 3. Wo nehmen Sie die Hauptmahlzeit ein?

Bitte  
ankreuzen

Zu Hause in der Küche	
Zu Hause im Wohnzimmer / im eigenen Zimmer	
In einem Imbiss / Kantine	
Auf der Straße aus der Hand	
Wo sonst?	

### 4. Was essen Sie am liebsten?

1.
2.
3.
4.

### 5. Was trinken Sie am liebsten?

1.
2.
3.
4.

### 6. Mit wem nehmen Sie die Hauptmahlzeit normalerweise ein?

Bitte  
ankreuzen

allein	
mit anderen	
teils / teils	

### 7. Wie lange dauert bei Ihnen eine Mahlzeit im Durchschnitt?

Dauer in Minuten

Frühstück	Ca.	Min.
Mittagessen	Ca.	Min.
Abendessen	Ca.	Min.

**8. Welche der folgenden Lebensmittel haben Sie immer im Haus?**

Süßigkeiten	
Limonade, Cola	
Snacks, Salzgebäck, Nüsse	
Alkoholische Getränke	

**9. Wie viel essen Sie bei großen seelischen Belastungen / Stress im Vergleich zu normalen Situationen?**

Ich esse und trinke viel mehr	
Ich esse und trinke viel weniger	
Es gibt keine Veränderungen	
Weiß ich nicht	

**10. Kennen Sie Essanfälle, bei denen Sie mit dem Essen nicht mehr aufhören können?**

Ja, das kommt ab und zu vor	
Ja, aber selten	
Nein, eigentlich nie	

**11. Wie häufig haben Sie bereits Diäten durchgeführt?**

noch nie	
1 - 5 mal in meinem Leben	
6 - 9 mal in meinem Leben	
Mehr 10 mal in meinem Leben	
regelmäßig (mind. 2x pro Jahr)	

**12. Was ist Ihr größtes Problem beim Abnehmen?**

Bitte  
ankreuzen

Disziplin und Durchhaltevermögen	
Die Lust auf Süßes und Ungesundes	
Der JoJo-Effekt (nach einer Diät esse ich wieder mehr und das Gewicht steigt über das vorherige Maß hinaus)	
Heißhunger	
Frustessen	
Bewegungsmangel	
Dass ich nicht weiß, was ich essen sollte	

**13. Bitte ergänzen Sie hier Ihr größtes Problem, falls es in der obigen Aufzählung nicht enthalten war.**


## Essverhalten

### 14. Bitte kreuzen Sie an, in wieweit folgende Aussagen auf Ihr Essverhalten zutreffen

	trifft voll zu	trifft teilweise zu	trifft nicht zu
Wenn große Portionen auf dem Tisch stehen, esse ich mehr.			
Obwohl ich schon satt bin, esse ich manchmal weiter.			
Ich denke ständig an Essen und an mein Gewicht.			
Wenn ich mich ärgere, esse ich mehr als gewöhnlich.			
Ich esse meinen Teller grundsätzlich leer, auch wenn ich schon satt bin.			
Der Anblick bzw. der Geruch von Speisen (z.B. Backwaren, Grillwürstchen) verleiten mich zum Essen, obwohl ich keinen Hunger habe.			
Ich habe sehr häufig einen regelrechten Heißhunger auf Süßes oder Salziges.			
Werde ich kritisiert, esse ich mehr.			
Wenn ich einmal angefangen habe zu essen, fällt es mir schwer, wieder damit aufzuhören.			
Wenn ich nervös bin, muss ich mich durch Essen beruhigen.			
Wenn ich in Gesellschaft bin, esse ich mehr als gewöhnlich.			
Oft habe ich ein so starkes Hungergefühl oder Appetit, dass ich einfach etwas essen muss.			
Ich esse häufig den ganzen Tag kaum etwas, dafür schlage ich beim Abendessen richtig zu.			
In Gegenwart anderer esse ich meist sehr wenig. Dafür esse ich viel, sobald ich alleine bin.			
Ich esse öfters nebenbei, z.B. beim Fernsehen, lesen oder wenn ich am Computer sitze.			
Manchmal stehe ich mitten in der Nacht auf, um zu essen.			
Meistens esse ich mehr als dreimal am Tag.			
Ich fürchte mich davor, auf die Waage zu steigen.			
Wenn ich mich einsam fühle oder traurig bin, tröste ich mich mit Essen.			

## Gesundheit

15. Nun folgen einige Fragen zu Ihrer Gesundheit und dem allgemeinen Gesundheitsbefinden.  
Ist bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen durch Ihren Arzt festgestellt worden?

Bitte kreuzen Sie **nur die für Sie zutreffenden** Erkrankungen an!

Zutreffendes  
ankreuzen

Bluthochdruck	
Herzinfarkt	
Schlaganfall	
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	
Chronische Darmerkrankung (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)	
Dickdarmpolypen (keine Hämorrhoiden)	
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	
Hohe Cholesterin-/Fettwerte im Blut	
Gicht oder Harnsäureerhöhung	
Osteoporose (Knochenschwund)	
Asthma	
Allergischer Schnupfen / Heuschnupfen / Kontaktallergie	
Neurodermitis	
Schuppenflechte (Psoriasis)	
Lebensmittelallergie (z.B. Laktoseintoleranz)	
Schilddrüsenerkrankung (Über- oder Unterfunktion)	
Depression	
Psychose	
Angststörungen / posttraumatische Belastungsstörung	
Suchterkrankung (z.B. Alkohol, Medikamente, Drogen)	
Immunschwäche	
Chronische Nierenerkrankung	
Chronische Lebererkrankung	
Gelenkerkrankung (Arthritis, Arthrose, Rheuma)	
Neurologische Erkrankung (z.B. Multiple Sklerose)	
Essstörung (z.B. Bulimie)	
Schlafstörungen	
Keine der oben genannten Erkrankungen	

**16. Benötigen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?**

Medikamenten-Name oder Wirkstoff

Dosis

Medikamenten-Name oder Wirkstoff	Dosis

**Motivation**

**17. Welche Motivation für Ihren Abnehm-Wunsch gibt es?**

Ich **WILL** abnehmen  oder Ich **MUSS** abnehmen  damit sich folgendes verbessert (z.B. Gesundheitsstatus, Arbeitsfähigkeit, Kontaktfähigkeit): \_\_\_\_\_

---

---

---

Welche Impulse zum Abnehmen kommen aus Ihrem Umfeld (z.B. Partner, Familie, Arbeitskollegen, Fremde)?

---

---

---

Was soll sich mit einem schlanken Aussehen in Ihrem Leben ändern? \_\_\_\_\_

---

---

---

Was sind Sie bereit für ein schlankes Aussehen zu tun? \_\_\_\_\_

---

---

---

**Vielen Dank für die Bearbeitung des Fragebogens. Bitte bringen Sie ihn ausgefüllt zum Erstgespräch mit.**