Fragebogen Ernährung

Name, Vorname _____ **Geburtsdatum** _____

Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung oder Herz- Kreislauf-Probleme?
(z.B. Diabetes, Hyperlipidämie, Schlaganfall, Herzerkrankung) ☐ nein ☐ ja

Haben Sie Probleme beim Kauen oder Schlucken?
(z.B. Schluckstörung) ☐ nein ☐ ja

Haben Sie Verdauungsprobleme?
(z.B. Durchfall, Verstopfung, Reflux) ☐ nein ☐ ja

Haben Sie eine Essstörung in der Vorgeschichte?
(z.B. Anorexia, Bulimie, Binge Eating) ☐ nein ☐ ja

Liegt Ihr Körpergewicht außerhalb des empfohlenen Bereichs? ☐ nein
☐ ja: ☐ eher Untergewicht (BMI < 20)
☐ eher Übergewicht (BMI > 30)

Haben Sie andere gesundheitliche Probleme, bei denen Sie bezüglich der Ernährung unterstützt werden könnten? (z. B. Krebs, Nierenerkrankungen, Zöliakie)
☐ nein ☐ ja, welche?

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten besondere Anforderungen an die Ernährung?
(z.B. Lebensmittelallergien / -unverträglichkeiten, besondere Diätvorschriften)
☐ nein ☐ ja, welche?

Haben Sie in den letzten 6 Monaten bestimmte Lebensmittel wegen unerwünschter Reaktionen oder nachteiligen Effekten vermieden oder ausgeschlossen? (z.B. Weizen, Milchprodukte, Fleisch)
☐ nein ☐ ja, welche?

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten weniger als drei Stuhlgänge pro Woche? ☐ nein ☐ ja

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine unbeabsichtigte nennenswerte Gewichtsveränderung (Verlust oder -zunahme mehr als +/- 5 kg)? ☐ nein ☐ ja

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten nennenswerte Veränderungen hinsichtlich Ihres Appetits (z. B. Appetitverlust oder Appetitzunahme)? ☐ nein ☐ ja

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten mehrere Tage lang ein starkes Verlangen zu essen, Sorgen oder Ängste in Bezug auf das Essen oder dachten Sie in einer Art und Weise an Essen, die Sie nicht kontrollieren konnten? ☐ nein ☐ ja

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten aus nicht religiösen Gründen gefastet, sich erbrochen, Abführmittel eingenommen oder übermäßig Sport gemacht, um Ihr Gewicht zu kontrollieren? ☐ nein ☐ ja

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten mehrmals nichts zu essen oder nicht genügend Essen zu Hause? ☐ nein ☐ ja

Haben Sie sich einer biatrischen Magen-Operation zur Gewichtsreduktion unterzogen?
Wenn ja, welcher Eingriff wurde vorgenommen (z.B. Sleeve, Bypass)? ☐ nein ☐ ja

Nehmen Sie Abnehmspritzen zur Gewichtsreduktion oder bei Diabetes mellitus
(z.B. Ozempic, Mounjaro)? ☐ nein ☐ ja

Wünschen Sie sich zusätzliche Unterstützung durch ein Lehrküchenangebot, an dem Sie aktiv mitwirken? ☐ nein ☐ ja