



ANAMNESEBLATT

Name, Vorname:

Adresse:

SV/Vers.Nr.:

Geb. Datum:

Telefonnummer:

E-Mail Adresse:

Größe:

Gewicht:

BMI:

Gewichtsverlauf in den letzten 3 Monaten:

Bauchumfang (Verlaufskontrolle):

- ☐ vor der Ernährungstherapie _____ cm
- ☐ 1. Kontrolltermin _____ cm
- ☐ 2. Kontrolltermin _____ cm
- ☐ 3. Kontrolltermin _____ cm

Ernährungszustand: ☐ untergewichtig ☐ normal ☐ übergewichtig

Mahlzeitenhäufigkeit:

- ☐ 1-2x / d
- ☐ 2-3x / d
- ☐ 3-4x / d
- ☐ > als 4 Malzeiten / d

Essverhalten des/der PatientIn:

- ☐ isst langsam
- ☐ hastig
- ☐ kaut Speisen gut
- ☐ hat Stress/Zeitmangel beim Essen



Trigger-Faktoren/Häufigkeit:

- ☐ Rauchen (wie viele Zigaretten?) _____
- ☐ Alkohol (täglich/1-2x pro Woche/monatlich/gelegentlich) _____
- ☐ Kaffee (Tassen pro Tag?) _____
- ☐ sehr fettes oder scharfes Essen
- ☐ Stress
- ☐ psychische Belastungen
- ☐ unregelmäßiger Mahlzeitenrhythmus
- ☐ große Portionen
- ☐ schnelles, hastiges Essen

Sonstiges:

- ☐ zuckerfreier Kaugummi oder zuckerfreie Zuckerl (Menge pro Tag?) _____
- ☐ Light-Getränke (Menge?) _____
- ☐ Nahrungsergänzungsmittel (wenn ja, welche?) _____
- ☐ Hustensaft, Brausetabletten
- ☐ Kohlensäurehaltige Getränke (Menge pro Tag?) _____
- ☐ Spezialprodukte (Birkenzucker,...) _____