

Fragebogen

Klient/in:

Name: _____
Telefon: _____
Email: _____

Fachberaterin für holistische Gesundheit:

Christiane von der Heyde
Tel. 06359 9479280
Email: lebenswert-cvdh@t-online.de

Hiermit bestelle ich verbindlich eine Ernährungsanalyse, inkl. Ernährungsplan und Beratung
zum Preis von: 150,00 Euro

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Beratungsleistung ausschließlich der Prävention dient und es sich nicht um eine Therapie handelt. Die Teilnahme erfolgt auf eigene Verantwortung.

Datum und Unterschrift:

Klientendaten:

Geburtsdatum: _____
Größe: _____
Gewicht: _____
Familienstand: _____
Im Haushalt lebende Kinder: _____
Beruf: _____

Wodurch sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Was erhoffen Sie sich von meiner Tätigkeit?

Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Situation

Welche gesundheitlichen Probleme haben Sie derzeit, und seit wann bestehen sie?

- Allergie

- Nahrungsmittelunverträglichkeit

- Bluthochdruck oder zu niedriger Blutdruck

- Hoher Cholesterinwert

- Diabetes

Fragebogen – Erstellung eines individuellen Ernährungsplans

- Hautprobleme

- Kopfschmerzen oder Migräne

- Magenprobleme

- Darmprobleme: Blähungen Verstopfung Durchfall, Sonstiges

- Müdigkeit

- Pilzinfektion: Darmpilz, Genitalpilz, Nagelpilz, Hautpilz

- Rheuma, Gicht, Arthrose

- Rückenprobleme
-
-

- Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion
-
-

- Osteoporose
-
-

- Infektanfälligkeit
-
-

- Schlafstörungen
-
-

- Sonstige Beschwerden
-
-
-

Welches ist Ihr Hauptproblem?

Ihre Zahnsituation

- Haben Sie Zahnfleischprobleme?

- Wie viele Amalgamfüllungen haben Sie?

- Wurden bereits Füllungen entfernt? Wenn ja, wie viele und wann?

- Wurde eine Ausleitung vorgenommen? Wenn ja, wann und in welcher Form?

- Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? Wenn ja, wie viele?

Leiden Sie unter Stress, Ängsten, Depressionen? Wenn ja, seit wann?

Welche Gesichts- bzw. Körperpflegeprodukte verwenden Sie?

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche und seit wann?

Nehmen Sie derzeit Hormone ein? (z. B. Pille, Hormonpflaster, Hormontinktur)

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, mit welcher Erkrankung?

Waren Sie schon einmal in naturheilkundlicher Behandlung?

Wenn ja, mit welcher Erkrankung?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungen ein? Wenn ja, welche?

Rauchen Sie (Zigaretten, Zigarre, Pfeife)? Wenn ja, wie viel täglich?

Treiben Sie Sport? Wenn ja, welche Sportart und wie oft pro Woche?

Fragen zu Ihrer Ernährungsweise

- Haben Sie Ihre Ernährung bereits umgestellt? Wenn ja, wann und was haben Sie verändert?

- Ernähren Sie sich vegetarisch, vegan, oder sind Sie Rohköstler?

- Bereiten Sie Ihr Mittagessen selbst zu?

- Essen Sie mittags in der Kantine, Gaststätte oder anderswo?

- Verwenden Sie eine Mikrowelle?

- Verwenden Sie Süßstoff?

- Verwenden Sie gerne Light-Produkte?

Ihre derzeitige Ernährungsweise:

Das Frühstück

- Um welche Uhrzeit frühstücken Sie?

- Was frühstücken Sie und in welcher Menge?

- Favorisieren Sie eher Butter oder Margarine auf dem Brot?

- Essen Sie Ihr Müsli mit oder ohne Zucker; mit oder ohne Früchten?

- Verwenden Sie für Ihr Müsli Joghurt, Kuhmilch oder eine pflanzliche Milch?

- Trinken Sie morgens Bohnenkaffee, Getreidekaffee, Tee oder Säfte? Und in welcher Menge?

- Was essen Sie zwischen dem Frühstück und dem Mittagessen?

Das Mittagessen

- Um welche Uhrzeit essen Sie zu Mittag?
-

- Was essen Sie mittags und wie oft pro Woche?
-

Kartoffeln:

weißer oder vollwertiger Reis:

anderes Getreide:

Gemüse:

Welches Gemüse mögen Sie gar nicht?

Käsegerichte:

Eiergerichte:

Fleisch:

Fisch:

Tofu:

Ansonsten:

Salat:

Essen Sie ihn vor, während oder nach dem Essen?

Mit Essig und Öl, Joghurt- oder Sahnedressing?

- Was essen Sie zwischen dem Mittagessen und dem Abendessen?
-
-
-
-

Das Abendessen

- Um welche Uhrzeit essen Sie zu Abend?
-

- Was essen Sie abends, und wie oft pro Woche?
-

Brot:

Wurst:

Käse:

Salat:

Milchprodukte:

Obst:

Kartoffeln, Nudeln, Reis:

Fleisch, Fisch, Eier, Tofu:

Gemüse:

Ansonsten:

- Was essen Sie zwischen dem Abendessen und dem Zubettgehen?
-
-

Was und wieviel trinken Sie am Tag?

Kaffee:

Tee: (Schwarztee, Grüntee, Früchtetee, sonstiger Tee)

Softgetränke wie Cola:

gesüßte Getränke:

kohlensäurehaltiges Wasser:

stilles Wasser:

Leitungswasser:

Alkohol: Wein, Bier, Schnaps etc.:

Was möchten Sie mir zusätzlich mitteilen?
