

Fragebogen Diät

Name:

Vorname

Geburtstag:

Straße :

PLZ:

Ort.:

Telefon :

E-Mail:

Alter :

Größe :

Gewicht:

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Rauchen Sie? Ja Nein

Ich möchte:

abnehmen

lebe alleine

gesünder essen

lebe in Partnerschaft

mehr für meine Gesundheit tun

lebe am Wochenende zusammen

Erkrankungen vorbeugen

koche selbst täglich selten nie

weiß ich nicht genau

gehe gerne und häufig auswärts Essen

esse regelmäßig Ja Nein

Beruflichen Tätigkeit:

berufstätig Ja Nein

geistig anstrengend

Rentner/in

häufig gestresst

meist sitzend

mein Stress ist normal und belastet mich nicht

meist stehend

manchmal gestresst

körperlich anstrengend

Haben Sie Schichtdienst? Ja Nein

Sie arbeiten als: _____

Angaben zur körperlichen Aktivität:

Ich bewege mich regelmäßig - Wie in der Woche und was tun Sie?

Ich möchte mich mehr bewegen

Ich kann mich nicht bewegen, weil: _____

war schon besser

Haben Sie ein Sättigungsgefühl? ja nein weiß nicht

Haben Sie derzeit Beschwerden, akute Verletzungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Gesundheitliche Einschränkungen

Diabetes Mellitus Typ-2 Typ-1 seit _____ Jahren Tabletten Spritzen

Ist bei Ihnen in der Familie Diabetes Mellitus bekannt? Ja Nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen Stent Bypass Infarkt Schlaganfall

Wann war das? _____

Schilddrüsen-Unterfunktion Ja Nein

Nierenerkrankungen Ja Nein

Milchzucker-Unverträglichkeit (Laktose-Unverträglichkeit) Ja Nein

Fruchtzucker-Unverträglichkeit Ja Nein

Soja-Unverträglichkeit Ja Nein

Allergien Ja Nein Welche? _____

hohes LDL-Col, niedriges HDL-Col. hohe Triglyzeride _____

andere Einschränkungen / Erkrankungen welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Nein Ja Seit wann? _____

Wenn ja, welche? _____

Was haben Sie bereits unternommen, um Ihr Gewicht zu reduzieren? _____

Sind Sie ein Gelegenheitsesser Frustesser Genussesser Stressesser

Belohnungsesser Leiden Sie unter Heißhungerattacken? Ja Nein

Was wäre Ihnen ein Gewichtsverlust wert? _____

Würden Sie von Ihrer Seite alles dafür geben, um an Ihr Ziel zu kommen? Ja Nein Vielleicht

Wären Sie bereit, meine Tipps und Ratschläge anzunehmen? Ja Nein Vielleicht

Legen Sie Wert auf regelmäßige Telefonate bzw. Treffen? Ja Nein

Würden Sie Ihrem Umfeld von Ihrem Vorhaben erzählen? Ja Nein

Wann wollen Sie am liebsten damit starten? Sofort in 4 Wochen



Möchten Sie mir noch etwas zu Ihren Befindlichkeiten mitteilen?

Wichtiger Hinweis:

Alle Ihre Angaben dienen ausschließlich zur Entwicklung eines individuellen Lösungsvorschlages und werden von mir absolut vertraulich behandelt. Es erfolgt keine Weitergabe an unbefugte Dritte.

Ich bitte Sie, mir unverbindlich einen Lösungsvorschlag für mehr Vitalität und Lebensqualität zu unterbreiten.

Datum:

Unterschrift:

Rechtlicher Hinweis:

Die Gesundheitsberatung dient der Verbesserung Ihrer Befindlichkeiten. Es werden weder direkt noch indirekt medizinische Ratschläge und Heilaussagen gegeben. All jenen, die medizinische Beratung, Behandlung und Betreuung benötigen, wird dringend empfohlen, einen Arzt, Heilpraktiker oder Apotheker aufzusuchen.

Ich wünsche Ihnen gute Gesundheit!

Bärbel Beckhoff

Gesundheitsberatung Köln, Team Beckhoff Heuing GbR
Bärbel Beckhoff – Siegstraße 11 – 50859 Köln-Lövenich – Telefon 02234/9107079 –
E-Mail: Gesundheit@TBHKOeln.de – WWW.Wieder-Gesund.Koeln

