

Meine persönliche Gesundheits- und Ernährungsanalyse

Meine Daten:

Name, Vorname

Telefon/Mobil

Wohnort

Email

Alter

Größe

Gewicht

Familienstand

Im Haushalt lebende Kinder

Beruf

Erstberatung durchgeführt am:

Kosten: 69 €

Datum u. Unterschrift: _____

(Hiermit akzeptiere ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen (s.Anlage))

Fachberaterin für holistische Gesundheit:

Daniela Dittler

Hans-Thoma-Str.33

69121 Heidelberg

Mobil 0170 1646319



Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Situation

Haben Sie bereits versucht Ihre gesundheitliche Situation zu verbessern? Falls ja, wie?

Was klappt gut?

WELCHE GESUNDHEITLICHEN PROBLEME HABEN SIE DERZEIT UND SEIT WANN BESTEHEN SIE?

■ **Allergien** (z.B. Heuschnupfen, allergisches Asthma, Kontakt-o. Tierhaarallergien, Farbstoffe,...)

■ **Nahrungsmittelunverträglichkeit** (z.B. Milcheiweiß, Milchzucker, Weizen,...)

■ **Magenprobleme** (Sodbrennen, Völlegefühl, Krämpfe,...)

■ **Darmprobleme** (Blähungen, Krämpfe, Durchfall,Verstopfung,...)

■ **Müdigkeit / Schlafverhalten** (Einschlaf-/Durchschlafprobleme)



■ **Bluthochdruck oder zu niedriger Blutdruck**

■ **Fettstoffwechselstörung** (hohe Cholesterin u.LDL-Werte, niedrige HDL-Werte)

■ **Lebererkrankungen (Fettleber, Hepatitis)**

■ **Diabetes oder Praediabetes** (grenzwertige Blutzuckerwerte, Schwangerschaftsdiabetes, Insulinresistenz). Besteht eine familiäre Belastung?

■ **Kopfschmerzen oder Migräne**

■ **Rückenschmerzen, häufige Verspannungen z.B. Schulter-Nacken-Verspannungen**

■ **Nervenschmerzen/Missempfindungen**

■ **Muskelkrämpfe, Lidzucken, Nervosität, innere Unruhe**

■ **Rheuma, Gicht, Arthrose oder Arthritis**

■ **Autoimmunkrankheiten (Rheuma, Psoriasis, Vitiligo,...)**

■ **Osteoporose/Osteopenie**



■ **Pilzinfektion:** Darnpilz, Nagelpilz, Hautpilz,...

■ **Haut-u.Haarprobleme** (Ekzeme, Jucken, trockene Haut, Haarausfall..)

■ **Schwitzen/Hitzewallungen**

■ **Schilddrüsenprobleme** (Unter- oder Überfunktion, Kropf, Entzündung)

■ **Mund/Hals (Mundtrockenheit,Schluckbeschwerden,Mundgeschwüre,...)**

■ **Zahn-bzw. Zahnfleischprobleme (Entzündungen, Karies, Wurzelbehandlungen)**

■ **Haben/hatten Sie Amalgamfüllungen?**

■ **Nase (verstopfte Nase, Nebenhöhlenprobleme, starke Schleimbildung,...)**

■ **Infektanfälligkeit**

■ **Gedächtnis (Konzentrationsstörungen, verschlechtere Merkfähigkeit,...)**

■ **Gefühle (Stimmungsschwankungen, Angst, Reizbarkeit, Depression,...)**



- Zyklusprobleme (Unregelmäßigkeiten, starke und/oder schmerzhafter Blutungen,..)

- Schwangerschaftsprobleme (Fehlgeburten, Diabetes, Eklampsie, unerfüllter Kinderwunsch,..)

- Wechseljahre (starke Hitzewallungen, Stimmungsschwankungen,...)

- Hormonersatztherapie (Pille, Pflaster, Creme, Tinktur)

- Medikamente (Schmerzmittel, Blutdruckmittel, Schilddrüsenhormone,...)

- Bewegung/Sport (Radfahren, Walken, ...) täglich/wöchentl.

- Leiden Sie unter starkem Stress? Sind Sie psychisch stark belastet?

- Gewicht (Übergewicht/Untergewicht, Schwierigkeiten ab-oder zuzunehmen)

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

- Waren Sie schon einmal in naturheilkundlicher Behandlung? Wenn ja, mit welcher Erkrankung?



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?

- Kochen Sie Ihr Mittag-oder Abendessen selbst?

- Essen sie oft auswärts? (Kantine, Gastätte, Fast-Food)

- Verwenden Sie eine Mikrowelle?

- Verwenden Sie Süßstoffe oder Zuckeraustauschstoffe oder Light-Produkte?

- Nehmen Sie Zwischenmahlzeiten ein? Wenn ja, welche und wie oft?

- Leiden Sie unter Heißhungerattacken?

- Haben Sie Verlangen nach bestimmten Lebensmitteln? (Schokolade,Würziges,...)

- Leiden Sie unter zwanghaftem Essen? (Bulämie,Binge Eating,...)

- Essen Sie alleine? Bewusst? (Gespräche, Radio, Fernseher, Smartphone,..)



■ Welches gesundheitliche Ziel haben Sie? Bis wann möchten Sie es erreichen?

■ Was erhoffen Sie sich von meiner Arbeit?

Motivation

Wie groß ist Ihr Wunsch etwas zu verändern ?

0-----5-----10

Wie groß ist Ihre Bereitschaft dafür zu kämpfen ?

0-----5-----10



Liebe Klientin, lieber Klient,

Sie möchten ein Ernährungs-Protokoll führen, um Ihr Essverhalten besser kennenzulernen. Dazu notieren Sie bitte täglich alle Speisen und Getränke, die Sie zu sich nehmen, in die vorliegenden Protokollbögen. Sie haben für jeden Tag einen Bogen zur Verfügung.

Notieren Sie die Uhrzeit und Ort der Nahrungsaufnahme und machen Sie in der letzten Spalte Bemerkungen über Ihr Befinden (Gefühle, Auslöser, die Sie zum Essen veranlaßt haben, Befinden vor und nach Nahrungsaufnahme und/oder körperliche Symptome vor, während und nach den Mahlzeiten, z.B. bei Erkrankungen, Allergien, Magen-Darm-Problemen). Wenn Sie Diabetiker sind, wäre es sinnvoll die Blutzuckerwert sowie evtl. außergewöhnliche körperliche Anstrengung (nachRücksprache mit mir) zu dokumentieren.

Bitte führen Sie Ihr Protokoll so ehrlich und genau wie möglich ;-)

Lebensmittel sollten mit einer Diät- oder Briefwaage abgewogen und in Gramm angegeben werden. Alternativ können Sie die Angaben auch in Haushaltsmaßen machen (z.B in Esslöffeln EL, Teelöffel TL) oder die Stückzahl eines Lebensmittels angeben (z.B. 2 Scheiben Mischbrot) oder Sie nehmen Ihre eigene Hand als Maßeinheit (1 handtellergroßes Stück Fleisch oder eine Handvoll Kirschen)
Notieren Sie Aufschriften auf verpackten Lebensmitteln (z.B. Halbfettbutter) oder genaue Angaben über den Fettgehalt (z.B. Joghurt 3,5% Fett).

Bei selbst zubereiteten Gerichten sollten Sie die einzelnen Zutaten wenn möglich getrennt aufschreiben (z.B. vegetarische Pizza aus 150g Mehl, Hefe, 200 g frischem Gemüse, 50 g Mozzarella)

Wenn Sie auswärts essen (Einladung, Kantine, Restaurant) sollten Sie versuchen, die einzelnen Bestandteile Ihrer Mahlzeit abzuschätzen (z.B. 5 EL Kartoffelsalat, 1 paniertes Schnitzel ca 150g)

Verwenden Sie die folgenden Abkürzungen beim Aufschreiben, damit erleichtern Sie sich und mir die Arbeit:

Frühstück	FR		Zu Hause	ZH
Zwischen mahlzeit	ZM		Restaurant	RS
Mittagessen	MI		Unterwegs	UN
Kaffee	KA		Kantine	KN
Abendessen	AB			

Name:

Datum:

Gewicht:

Ernährungstagebuch

Uhrzeit	Was wurde gegessen?

Beschwerden

Uhrzeit	Welche Beschwerden treten auf?	Bemerkungen

Name:

Datum:

Gewicht:

Ernährungstagebuch

Uhrzeit	Was wurde gegessen?

Beschwerden

Uhrzeit	Welche Beschwerden treten auf?	Bemerkungen