



Fit Body Tuning – Grzegorz Cwiklinski

FRAGEBOGEN ZUR ERNÄHRUNG

Das sorgfältige Ausfüllen des folgenden Formulars ist erforderlich, um einen angemessenen Ernährungsplan oder diätetische Empfehlungen zu erhalten.

Vor- und Nachname:.....

Geburtsdatum:.....

Wohnadresse:.....

Telefonnummer:.....

E-Mail:.....

Aktuelles Gewicht:.....

Größe:.....

Bauchumfang 2 cm unter dem Bauchnabel:.....

Bauchumfang auf Höhe des Bauchnabels:.....

Armunfang:.....

Hüftumfang (an der breitesten Stelle des Gesäßes):.....

Brustumfang:.....

Oberschenkelumfang:.....

TEIL I: Lebensstil und Gesundheitszustand.

Art der ausgeübten Arbeit/Beruf:.....

Arbeits-/Schul-/Außer-Haus-Zeiten:

MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO

Bitte beschreiben Sie Ihren aktuellen Lebensstil (z. B. sitzend, stehend, aktiv)

während der Arbeit/Schule:.....

Außerhalb der Arbeit/Schule:.....

Bitte markieren Sie die Verkehrsmittel, die Sie im Laufe des Tages nutzen: - bitte unterstreichen
FAHRRAD/STRASSENBAHN/AUTO/ZU FUSS/BUS/SONSTIGES

Hatten Sie in letzter Zeit Operationen oder chronische Krankheiten?* JA/NEIN

Wenn JA, welche? (Jahr):.....

Haben Sie oder hatten Sie folgende Krankheiten?*

- | | |
|--|---------|
| 1. ARTERIOSKLEROSE | JA/NEIN |
| 2. HOHER CHOLESTERINSPPIEGEL IM BLUT? | JA/NEIN |
| 3. BLUTHOCHDRUCK | JA/NEIN |
| 4. NIEDRIGER BLUTDRUCK | JA/NEIN |
| 5. HERZKRANKHEITEN | JA/NEIN |
| 6. NIERENKRANKHEITEN | JA/NEIN |
| 7. SCHILDDRÜSENÜBERFUNKTION | JA/NEIN |
| 8. SCHILDDRÜSENUNTERFUNKTION | JA/NEIN |
| 9. MAGEN-DARM-ERKRANKUNGEN (Geschwüre/Durchfall/Blähungen/Verstopfung) | JA/NEIN |
| 10. REFLUX/SOGBRENNEN | JA/NEIN |
| 11. TUMOREN | JA/NEIN |
| 12. OSTEOPOROSE | JA/NEIN |
| 13. HORMONELLE PROBLEME | JA/NEIN |
| 14. HAUTPROBLEME | JA/NEIN |
| 15. MIGRÄNE/DEPRESSION/STARKE MONATLICHE BLUTUNG | JA/NEIN |
| 16. UNGEWÖHNLICHER BLUTZUCKERSPIEGEL | JA/NEIN |
| 17. SCHLAFLOSIGKEIT | JA/NEIN |
| 18. ASTHMA | JA/NEIN |
| 19. AUTOIMMUNKRANKHEITEN | JA/NEIN |
| 20. PANKREASERKRANKUNGEN | JA/NEIN |
| 21. LEBERERKRANKUNGEN | JA/NEIN |

Wenn JA, wann (Jahr, Zeitraum)?.....

Können Sie mit Stress umgehen?

Bei der Arbeit/Schule: JA/NEIN

Außerhalb der Arbeit/Schule: JA/NEIN

Wie stark ist Ihre Stressresistenz auf einer Skala von 1-10?

Bei der Arbeit/Schule:

Außerhalb der Arbeit/Schule:

Haben Sie Allergien gegen:

Pollen JA/NEIN

Tierhaare/Staub JA/NEIN

Medikamente JA/NEIN

Bitte beachten Sie, dass eine detaillierte Ausfüllung des Ernährungsfragebogens dazu beitragen wird, eine geeignete Diät oder Empfehlungen zu erstellen.

Haushaltschemikalien JA/NEIN

Kosmetika JA/NEIN

Nahrungsmittelallergien JA/NEIN

Wenn JA, seit wann (Jahr):

Haben Sie in den letzten 3 Jahren eine Antibiotikatherapie durchgeführt? JA/NEIN

Wenn JA, wie lange und wofür?

Schlafen Sie ausreichend? JA/NEIN

Ist Ihr Schlaf regelmäßig? JA/NEIN

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?

Gibt es chronische Krankheiten in Ihrer Familie? JA/NEIN

Wenn JA, wer und wofür?

Nehmen Sie regelmäßig pharmazeutische Medikamente ein (einschließlich hormoneller Verhütung für Frauen)?

JA/NEIN

Wenn JA, welche und wofür?

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel ein? JA/NEIN

Wenn JA, welche und seit wann?

Haben Sie Nahrungsmittelintoleranzen/verzögerte IgG-Nahrungsmittelallergien? JA/NEIN

Wenn JA, welche?

Wurde bereits eine Diagnostik in diese Richtung durchgeführt? JA/NEIN

Wann haben Sie zuletzt Kontrolluntersuchungen durchgeführt (Blutbild, Urin usw.)? - außerhalb der von BeWell veranlassten Untersuchungen.

Hatten Sie jemals Probleme mit ungesundem Körpergewicht? JA/NEIN

Hatten Sie Probleme mit Übergewicht in Ihrer Kindheit? JA/NEIN

Gab es in Ihrer Familie jemals Probleme mit Übergewicht/Adipositas? JA/NEIN

Wenn JA, wer?

Betreiben Sie regelmäßig körperliche Aktivität? JA/NEIN

Wenn JA, welche Art von Aktivität und wie oft?

TEIL II. Ernährungspräferenzen

Welchen Ernährungsstil haben Sie bisher verfolgt?.....

.....

Welche Gerichte bevorzugen Sie in Ihrer Ernährung? - Bitte geben Sie ein Beispiel an!.....

.....

Welche Lebensmittel vermeiden Sie oder mögen Sie nicht in Ihrer Ernährung? - Bitte nennen Sie einige!

.....

Wie haben Sie sich als Kind ernährt? - Bitte nennen Sie einige Gerichte.....

.....

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie täglich zu sich?.....

Verzehren Sie Produkte wie Fertigsaucen, Mayonnaise, Ketchup, Fix usw.?^{*} JA/NEIN

Wenn JA, welche? - Bitte nennen Sie sie!

Verzehren Sie Brot?^{*} JA/NEIN

Wenn JA, welche Art, wie oft

(dunkel/hell, Art: Weizen, Roggen, Dinkel, etc.) - Bitte nennen Sie sie.

Ist Ihr bisheriger Ernährungsstil eintönig?^{*} (gleiche Mahlzeit dreimal täglich) JA/NEIN

Verzehren Sie Fisch oder Meeresfrüchte? JA/NEIN

Wenn JA, welche, wie oft

Verzehren Sie täglich Vollkornprodukte?^{*} JA/NEIN

Wenn JA, welche, wie oft

(z. B. Roggenbrot, Müsli, Vollkornnudeln, grobkörnige Getreide)

Verzehren Sie fettreiche Produkte?^{*} JA/NEIN

Wenn JA, welche

(z. B. Avocado, Eier, Olivenöl, Speck, Butter, Schmalz, Meeresfisch, Nüsse) - Bitte nennen Sie sie.

Welche Fette verwenden Sie zum Braten von Lebensmitteln?

(z. B. Butter, Öl - WELCHES!, Schmalz, Olivenöl) - Bitte nennen Sie sie.

Wie oft verzehren Sie und welche:

- a. Gemüse
- b. Obst
- c. Eier
- d. Milch und Milchprodukte

Verzehren Sie Milchprodukte?^{*} JA/NEIN

Wenn JA, welche, wie oft

(z. B. Milch, Kefir, Sahne, Käse, Quark) - Bitte nennen Sie sie.

Was ist Ihr Lieblingsfleisch?

Bitte nennen Sie es.....

Wie wird das Fleisch zubereitet?

(braten, backen, dünsten, kochen, dämpfen, grillen) - Bitte nennen Sie es.

Die am häufigsten verzehrten Kohlenhydrate sind: - Bitte markieren Sie

GETREIDE/ REIS/ NUDELN/ PIEROGI/ MEHL/ BROT/ SÜSSIGKEITEN/ KUCHEN/ ZUCKER/HONIG/
OBST/ ANDERE

Welche kulinarischen Techniken verwenden Sie zur Zubereitung von Mahlzeiten? Bitte markieren Sie:

ERSTICKEN/GRILLEN/KOCHEN/BACKEN/BRATEN/DÄMPFEN/SONSTIGES

Essen Sie zu Mittag eine Mahlzeit mit zwei Gängen?*

JA/NEIN

In welcher Atmosphäre essen Sie Ihre Mahlzeiten? - Bitte markieren Sie:

STRESS/ENTSPANNUNG/HEKTIK/SONSTIGES

Essen Sie Süßigkeiten, Chips oder andere ungesunde Snacks?*

JA/NEIN

Wenn JA, welche und wie oft? - Bitte auflisten

Naschen Sie nachts oder zwischen den Mahlzeiten?*

JA/NEIN

Werden Ihre Mahlzeiten für die Arbeit/Schule zu Hause zubereitet?*

JA/NEIN

Essen Sie Mahlzeiten außerhalb?

JA/NEIN

Wenn JA, welche und wie oft? - Bitte auflisten

Essen Sie Fast Food? Wenn ja, welche und wie oft?*

JA/NEIN

Wenn JA, welche und wie oft? Kebab, Pizza, Hot Dog, Hamburger, Sandwiches - Bitte auflisten

Wie viele Liter und welche Art von Flüssigkeiten trinken Sie täglich?

Wie viel Kaffee und Tee trinken Sie pro Tag und welche Art von Kaffee/Tee ist es?

a) Kaffee - AUS DER MASCHINE/LÖSLICH/GEMAHLEN - Bitte markieren und ergänzen

Tägliche Menge

Mit welcher Milch?.....

Gesüßt?* JA/NEIN

Womit gesüßt und wie viel?

Wie viel Wasser in einem Glas?

b) Tee - WEISS/GRÜN/REGULÄR/FRUCHTIG/ROT/SONSTIGES

Tägliche Menge

Gesüßt?* JA/NEIN

Womit gesüßt und wie viel?

Mit Saft?* JA/NEIN

Mit Honig?* JA/NEIN

Mit Zitrone?* JA/NEIN

Trinken Sie kohlenstoffhaltige Getränke?* JA/NEIN

Wenn JA, welche und wie oft? - Bitte auflisten

.....

Vergessen Sie manchmal eine Mahlzeit oder lassen Sie sie aus?* JA/NEIN

Wie lange sind die Abstände zwischen den Mahlzeiten?

Wie viele Stunden vor dem Schlafengehen essen Sie Ihre letzte Mahlzeit?

Vorzugsweise Geschmacksrichtungen? - Bitte markieren Sie:

SALZIG/SÜSS/SCHARF/KRÄUTER/SAUER/SONSTIGES

Welche Art von Gewürzen verwenden Sie in Ihrer Küche?

(z.B. Pfeffer, Salz, Oregano, Kurkuma, Muskatnuss) - Bitte auflisten

Wann haben Sie den größten Appetit? - Bitte markieren Sie:

MORGENS/ABENDS/NACH DER ARBEIT/NACH DEM TRAINING/WÄHREND STRESS/VOR DEM SCHLAFEN

Geben Ihnen die Mahlzeiten, die Sie einnehmen, ein Sättigungsgefühl? JA/NEIN

Beachten Sie die Kalorienzufuhr von Lebensmitteln? JA/NEIN

Rauchen Sie Tabakwaren oder verwenden Sie andere Suchtmittel? JA/NEIN

Wenn JA, welche und wie oft – bitte angeben

Trinken Sie Alkohol? JA/NEIN

Wenn JA, wie oft und welche Art von Alkohol – bitte angeben

Wie oft haben Sie täglich einen Stuhlgang?

Wie ist die Konsistenz Ihres Stuhlgangs? (z.B. fest, normal, dünn) – bitte angeben

Haben Sie regelmäßige Stuhlgänge? JA/NEIN

Welches Gewicht möchten Sie erreichen?

Gab es Schwankungen in Ihrem Gewicht? JA/NEIN

Wenn JA, wie viele Kilogramm?

Was sind Ihre Erwartungen nach der Konsultation? – bitte markieren

GEWICHTSREDUKTION/GEWICHTSZUNAHME/VERBESSERUNG DES
GESUNDHEITZUSTANDS/ERHÖHUNG DES ENERGIELEVELS/VERBESSERUNG DES
SCHLAFS/MAXIMIERUNG DER ERGEBNISSE IM SPORT/VERBESSERUNG DES
WOHLBEFINDENS/VERBESSERUNG DER KONZENTRATION/REDUZIERUNG VON
BAUCHBESCHWERDEN/VERBESSERUNG DER LIBIDO/SONSTIGES

*Unnötiges bitte durchstreichen

TEIL III. Bisherige Ernährung

Bitte notieren Sie unten, wie Ihre letzten 7 Tage Mahlzeiten ausgesehen haben, einschließlich der Uhrzeiten, zu denen Sie gegessen haben, sowie Getränke und Snacks.

MONTAG	
DIENSTAG	
MITTWOCH	
DONNERSTAG	
FREITAG	
SAMSTAG	
SONNTAG	

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens