









# Ernährungsprotokoll

Tag 1

Datum \_\_\_\_\_

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
<b>Frühstück</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Zwischenmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Mittagessen</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Zwischenmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Abendessen</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Spätmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit







Sportart	Dauer	Nahrungsmittel / Getränke während des Sports	Intensität
			<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch



# Ernährungsprotokoll

Tag 2

Datum \_\_\_\_\_

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
<b>Frühstück</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Zwischenmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Mittagessen</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Zwischenmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Abendessen</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Spätmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit







Sportart	Dauer	Nahrungsmittel / Getränke während des Sports	Intensität
			<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch



# Ernährungsprotokoll

Tag 3

Datum \_\_\_\_\_

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
<b>Frühstück</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Zwischenmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Mittagessen</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Zwischenmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Abendessen</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Spätmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit







Sportart	Dauer	Nahrungsmittel / Getränke während des Sports	Intensität
			<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch



# Ernährungsprotokoll

Tag 4

Datum \_\_\_\_\_

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
<b>Frühstück</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Zwischenmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Mittagessen</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Zwischenmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Abendessen</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Spätmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit







Sportart	Dauer	Nahrungsmittel / Getränke während des Sports	Intensität
			<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch



# Ernährungsprotokoll

## Tag 5

Datum \_\_\_\_\_

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
<b>Frühstück</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Zwischenmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Mittagessen</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Zwischenmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Abendessen</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Spätmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit







Sportart	Dauer	Nahrungsmittel / Getränke während des Sports	Intensität
			<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch



# Ernährungsprotokoll

Tag 6

Datum \_\_\_\_\_

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
<b>Frühstück</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Zwischenmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Mittagessen</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Zwischenmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Abendessen</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Spätmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit







Sportart	Dauer	Nahrungsmittel / Getränke während des Sports	Intensität
			<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch



# Ernährungsprotokoll

Tag 7

Datum \_\_\_\_\_

Mahlzeit	Nahrungsmittel & Getränke	Essmotiv
<b>Frühstück</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Zwischenmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Mittagessen</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Zwischenmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Abendessen</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit
<b>Spätmahlzeit</b>  <input type="text"/> : <input type="text"/> Anmerkung Probleme danach	<input type="checkbox"/> satt <input type="checkbox"/> sehr satt <input type="checkbox"/> noch hungrig	<input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust / Freude <input type="checkbox"/> Geselligkeit

Sportart	Dauer	Nahrungsmittel / Getränke während des Sports	Intensität
			<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch



## Anamnesebogen

### Persönliche Angaben

Name	_____	Vorname	_____
Anschrift	_____		
Telefon	_____	Email	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	Geburtsdatum	_____
Größe	_____ cm	Gewicht	_____ kg
Familienstand	_____	Kinder	_____
		Alter der Kinder	_____

### Berufliche Tätigkeit

Beruf	_____	Arbeitszeit	_____	Std./Woche	_____
Sitzende / leichte Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	Schwere körperliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	Schichtarbeit	<input type="checkbox"/>

### Sport / Hobbys

Hobbys	_____ _____ _____		
Sport	_____	Häufigkeit	_____
	_____	Häufigkeit	_____
	_____	Häufigkeit	_____
Sind Sie viel an der frischen Luft?	_____		
Wenn ja, wie lange?	_____		

### Gesundheit / Schlaf

Schlafdauer	_____	Übliche Schlafenszeit	_____
Nächtliches Erwachen?	_____	Erholt nach Nachtschlaf?	_____
Rauchen	_____	Anzahl pro Tag	_____
Alkoholkonsum	_____	Menge / Häufigkeit	_____
Beschwerden nach Essen	<input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Sodbrennen <input type="checkbox"/> Blähungen		
Stuhlgang	Häufigkeit _____	Konsistenz	_____

### Familienanamnese

Erkrankungen	Wer?
Krebs	_____
Bluthochdruck	_____
Schlaganfall	_____
Herzinfarkt / Herzerkrankungen	_____
Übergewicht	_____
Stoffwechsel / Diabetes / Gicht	_____
Magen / Darm / Galle	_____
Haut / Venen	_____
Nerven- und Gemüt	_____





Atemwege (Asthma, COPD)

Blase / Harnwege / Nieren

Gelenke / Rückenleiden

Sonstiges

### Eigene vorgeburtliche Anamnese / Stillzeit / Kindheit

**Schwangerschaftsverlauf**

(z.B. Infektionen in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsdiabetes, Schwangerschaftsvergiftung)

**Eigene Geburt**

(z.B. Frühgeburt?, Kaiserschnitt, vaginale Geburt, Hilfsmittel unter Geburt, Krankenhausaufenthalt nach Geburt)

**Stillzeit**

(z.B. Stlldauer, vollgestillt/teilgestillt, Beginn Breikost)

**Infektionen / Erkrankungen in Kindheit**

(z.B. häufige Infekte, Antibiotikabehandlungen, klassische Kinderkrankheiten etc.)

**Entwicklung**

(z.B. soziale Kontakte, schulische Entwicklung, Lern- und Konzentration, Pubertät, bei Frauen Menstruationsbeginn)

**Lebensereignisse**

(z.B. Geschwister, Wohnortwechsel, Trennung der Eltern, Berufswahl- und Ausbildung, Schwangerschaften, Hochzeit, Tod von Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten)

### Aktuelle Anamnese

**Aktuelle Beschwerden**



<b>Aktuelle Erkrankungen</b>	
<b>Medizinische Behandlungen</b> (z.B. Physiotherapie, Manuelle Therapie, Osteopathie, Akupunktur etc.)	
<b>Medikamente / Nahrungsergänzung</b>	
<b>Allergien / Unverträglichkeiten</b>	
<b>Unfälle / Operationen</b>	
<b>Lebenssituation</b> (z.B. stressiger Alltag, Konflikte, Gefühl der Überforderung, Mehrfachbelastungen, etc.)	
<b>Ernährung</b> (z.B. Mischkost, vegetarisch, vegan, Paläo, low carb, andere) Aversionen Vorlieben Mahlzeiten pro Tag Wichtigste Mahlzeit des Tages	
<b>Erwartungen / Ziele der Beratung</b>	

Ort, Datum

Unterschrift



## Persönliche „Time Line“

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Erkrankungen  
in Ihrer Familie**

**Ihre  
Geburt**  
Geburts-  
modus  
Komplika-  
tionen

**Ihre bisherige Krankengeschichte**

Symptome, Trigger, Unfälle, Operationen, Medikation (v.a. Antibiotika), Infektionen, Psycho-emotionale Belastungen

**Ihre aktuellen  
Beschwerden**

