Datum: ………………………………..

by Tamara Burkhardt

079 674 74 38

**Fragebogen Stoffwechselanalyse**

**Kundendaten**

Name: Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort: Blutgruppe:

Telefon: E-Mail:

Geb.Dat.: Geschlecht:  weiblich  männlich

Grösse: cm Gewicht: kg

Bauchumfang: …………………. cm (unbekleidet, morgens vor dem Frühstück, knapp oberhalb des Bauchnabels, an der dicksten Stelle des Bauches, Bauchmuskeln entspannen, ausatmen, aber nicht Bauch einziehen, auf volle Zentimeter aufrunden)

**Zielsetzung**

Körperfettabbau

Muskelaufbau

Leistungssteigerung

Verbesserung Wohlbefinden

Genesungsunterstützung (Krankheit?)

Notizen: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Aktivität**

**Wie lässt sich Ihre Beschäftigungssituation am besten beschreiben?**

ausschliesslich sitzende oder liegende Lebensweise (z.B. alte oder gebrechliche Menschen)

ausschliesslich sitzende Tätigkeit mit wenig oder keiner anstrengenden Freizeitaktivität (z.B. Büroangestellte, Feinmechaniker).

sitzende Tätigkeit, zeitweilig auch zusätzlicher Energieaufwand für gehende und stehende Tätigkeiten (z.B. Laboranten, Kraftfahrer, Studierende, Fliessbandarbeiter).

überwiegend gehende und stehende Arbeit (z.B. Hausfrauen, Verkäufer, Kellner, Mechaniker, Handwerker, Polizist).

körperlich anstrengende berufliche Arbeit (z.B. Bauarbeiter, Landwirte, Waldarbeiter, Bergarbeiter, Leistungssportler).

**Wie oft in der Woche treiben Sie Sport oder sonstige anstrengende Tätigkeiten (länger als 30 Min.)?**

gar nicht  1-3 Mal  4 Mal oder öfter

**Wie würden Sie die Intensität Ihres Trainings/Ihrer Tätigkeit bewerten?**

leicht  mittel  streng  sehr intensiv

Notizen: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Ernährungsgewohnheiten**

**Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie am Tag zu sich?**

einmal  zweimal  dreimal  mehr als dreimal

**Wie oft konsumieren Sie Fleisch?**

nie  selten  regelmässig  täglich  täglich viel  sehr viel

**Wie oft konsumieren Sie Fisch?**

nie  selten  regelmässig  täglich  täglich viel  sehr viel

**Wie oft konsumieren Sie Eier?**

nie  selten  regelmässig  täglich  täglich viel  sehr viel

**Wie oft konsumieren Sie Milchprodukte?**

nie  selten  regelmässig  täglich  täglich viel  sehr viel

**Wie oft konsumieren Sie Obst, Salate oder Gemüse?**

nie  selten  regelmässig  täglich  täglich viel  sehr viel

**Wieviel Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?**

weniger als 1 Liter  1-2 Liter  2-3 Liter  mehr als 3 Liter

**Konsumieren Sie Alkohol? (1 Glas Wein = 0.2 Liter, 1 Glas Bier = 0.5 Liter)**

nie  selten  1 Glas täglich  2-3 Gläser täglich  mehr als 3 Gläser täglich

**Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?**

nein  weniger als 10 Zigaretten täglich  1 Packung täglich

mehr als 1 Packung täglich  mehr als 2 Packungen täglich

**Wird in Ihrem Umfeld geraucht?**

nein  ja

**Leiden Sie unter einer Allergie oder Unverträglichkeit?**

nein  Gluten  Milchprodukte  Früchte allg.  Zitrusfrüchte

Blütenpollen, Heuschnupfen  Meeresfrüchte, Schalentiere

Iod  Kupfer  Histamin  Ätherische Öle

**Ernährungs-Mustertag(e)**

Bitte notieren Sie hier einen oder mehrere Mustertage, sofern es stark variiert. Bitte so genau wie möglich Beschreiben, sodass ich mir ein Bild davon machen kann, wie Sie sich ernähren.

|  |
| --- |
| Frühstück:  Znüni:  Mittagessen:  Zvieri:  Nachtessen:  Getränke:  Süsses zwischendurch: |

**Diagnose**

**Leiden Sie unter Verstopfung?**

nie  selten  öfters  (fast) immer

**Leiden Sie unter Durchfall?**

nie  selten  öfters  (fast) immer

**Haben Sie wiederkehrende Reizungen der Magenwand und/oder Magengeschwüre?**

nein  ja

**Leiden Sie unter wiederkehrendem Sodbrennen?**

nein  ja

**Wurde bei Ihnen eine Krebstherapie durchgeführt und abgeschlossen?**

nein  ja

**Könnte eine Stärkung Ihres Immunsystems negative Folgen haben?**

**(Transplantationen, Einnahme von Immunsuppressiva usw.)**

nein  ja

**Ist eine der folgenden Erkrankungen für Sie zutreffend?**

Akne  Diabetes Typ 1  Makula-Degeneration

Alzheimer, Demenz  Entzündliche Erkrankungen (Rheuma, …)  Migräne

Arteriosklerose  Epilepsie  Multiple Sklerose (MS)

Arthrose (Gelenkverschleiss)  Häufige Erkältungskrankheiten  Neurodermitis

(Bronchial-) Asthma  Fibromyalgie (Sehnen-, Muskelschmerz)  Nierenerkrankung

Blutfett-Stoffwechselstörung  Gastritis (chron. Helicobacter-pylori  Osteoporose

(Hyperlipoproteinämie) Infektion, Magenschleimhautentzündung)  Paradontitis

Bluthochdruck \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  Haarausfall, brüchige Nägel  Parkinson

Bronchitis  Herpes Simplex: Lippenherpes  Potenzprobleme

Burnout-Syndrom Zoster : Gürtelrose  Psoriasis

Chronisches Müdigkeitssyndrom  Zustand nach Herzinfarkt  Schilddrüsenerkrankung

CFS-Chronic Fatigue Syndrom  Herzschwäche (Überfunktion)

Darmerkrankungen (Morbus Crohn,  Herzrhythmusstörungen  Schilddrüsenerkrankung

Colitis Ulcerosa (Reizdarm))  Hyperaktivität (Lern- und Konzentrations- (Unterfunktion)

Depression störungen, ADS, Hyperkinetisches Syndrom  Tinnitus (Ohrengeräusche)

Diabetes Typ 1  Krebserkrankung (akut, in Behandlung  Zöliakie

**Weitere Angaben:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Medikamente**

**Bitte kreuzen Sie an, welche Medikamente Sie regelmässig einnehmen:**

Lipidsenker (Cholesterinsenker)

Antidiabetika bzw. Insulin (Blutzucker senkende Mittel)

Antihypertonika (Blutdruck senkende Mittel)

Diuretika (Mittel zur Wasserausscheidung)

Blutverdünner

Hormone

Antiadiposita (Mittel zur Gewichtsreduktion)

Gichtmittel

Antidepressiva

Parkinsonmittel

Medikamente gegen Magenbeschwerden

(Säureblocker-PPI)

**Nehmen Sie regelmässig andere, oben nicht aufgeführte Medikamente ein?**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Nehmen Sie Mikronährstoffpräparate (Nahrungsergänzungsmittel, Supplemente) ein?**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Musste bei Ihnen jemals die Dosierung eines Medikamentes oder eines Nahrungsergänzungsmittels reduziert werden, da Sie zu stark darauf reagiert haben?**

nein  ja

**Für Frauen**

**Haben Sie Menstruationsbeschwerden?**

nein  ja

**Haben Sie Wechseljahresbeschwerden?**

nein  ja

**Haben Sie Libidoprobleme?**

nein  ja

**Zyklustag**

1. bis 10. Tag  11. bis 17. Tag  18. Bis 28. Tag

**Kein Zyklus**

Kind  wegen Schwangerschaft

keine Gebärmutter  wegen Stillzeit

wegen Hormontherapie (Pille, Minipille  wegen Wechseljahre (Klimakterium, Menopause)

Vaginalring, Hormonpflaster, etc.  wegen Schwangerschaft

**Körperliche Verfassung**

**Können Sie gut schlafen?**

(fast) nie  selten  manchmal  häufig  (fast) immer

**Sind Sie ruhig und gelassen?**

(fast) nie  selten  manchmal  häufig  (fast) immer

**Sind Sie guter Laune?**

(fast) nie  selten  manchmal  häufig  (fast) immer

**Sind Sie voller Energie?**

(fast) nie  selten  manchmal  häufig  (fast) immer

**Fühlen Sie sich gestresst?**

(fast) nie  selten  manchmal  häufig  (fast) immer

**Sind Sie entmutigt oder traurig?**

(fast) nie  selten  manchmal  häufig  (fast) immer

**Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?**

(fast) nie  selten  manchmal  häufig  (fast) immer

**Sind Sie niedergeschlagen oder ängstlich?**

(fast) nie  selten  manchmal  häufig  (fast) immer

**Werden Sie durch seelische Einschränkungen an normalen Tätigkeiten gehindert?**

(fast) nie  selten  manchmal  häufig  (fast) immer

**Erwartungen**

**Was erwarten Sie von dieser Beratung?**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Wie hoch ist ihre Motivation?** 0 = keine, 10 = voll motiviert

0  1  2  3  4 5  6  7  8  9  10

**Wieviel Einsatz sind Sie bereit zu erbringen?** 0 = kein Einsatz, 10 = vollen Einsatz

0  1  2  3  4 5  6  7  8  9  10

**Gibt es Ihrerseits noch etwas zu sagen?**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**🡺** Liebe(r) Klient(in). Ich werde mein Möglichstes tun Sie zu unterstützen. Bitte machen Sie sich aber bewusst, dass es keine Wunderpille gibt, die alle (Figur/Gesundheits)-Probleme einfach so auf die Schnelle löst. Ich bin darauf angewiesen, dass Sie mit mir zusammenarbeiten und wir uns laufend austauschen wie es Ihnen geht, wie es läuft und was allenfalls nicht läuft, damit wir Anpassungen vornehmen können.

Ich freue mich sehr auf die Zusammenarbeit und hoffe, dass ich Sie beim Erreichen Ihrer Ziele unterstützen kann.

Tamara Burkhardt