



Tanja Kirchner, BSc
● Franz Liszt Gasse 23, 2353 Guntramsdorf

Anamnesebogen

Allgemeine Angaben

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Beruf

E-Mail

Vollzeit Teilzeit

Ihre Ziele

- Gewicht abnehmen Gewicht halten Gewicht zunehmen
 Stoffwechselregulierung
 Gesundheitsverbesserung
 Muskelaufbau Ausdauer verbessern

Was waren Ihre bisherigen Versuche das/die oben genannte(n) Ziel(e) zu erreichen:

- Ernährung Sport

Bitte beschreiben Sie die Versuche, wie z. B. Diäten, Sportprogramme, etc.:

Ihre Gesundheit

Wie ist Ihr aktuelles Gewicht?

Wie hoch war/ist Ihr Höchstgewicht? In welchem Jahr?

Was ist Ihr Wunschgewicht?

Wie groß sind Sie?

Sind Sie schwanger oder stillen Sie? Ja Nein

Haben Sie Nahrungsmittelallergien oder -unverträglichkeiten? Ja Nein

Wenn ja, welche?



Tanja Kirchner, BSc
● Franz Liszt Gasse 23, 2353 Guntramsdorf

Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette | <input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäure | <input type="checkbox"/> hoher Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Diabetes ohne Insulin | <input type="checkbox"/> Diabetes mit Insulin | <input type="checkbox"/> Fettleber |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> PCO | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |

Nehmen Sie derzeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Ja Nein

Haben Sie Stress? Ja Nein

Bewegung

Sind Sie körperlich aktiv? Ja, viel Ja, wenig Nein

Welche sportlichen Aktivitäten führen Sie durch?

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Joggen | <input type="checkbox"/> Wandern | <input type="checkbox"/> Radfahren / Heimtrainer |
| <input type="checkbox"/> Crosstrainer | <input type="checkbox"/> Krafttraining | <input type="checkbox"/> Nordic Walking |
| <input type="checkbox"/> Gymnastik | <input type="checkbox"/> Schwimmen | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="text"/> | |

Wie lange betreiben Sie in der Woche Sport?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ca. 30 Minuten | <input type="checkbox"/> ca. 45 Minuten | <input type="checkbox"/> ca. 60 Minuten |
| <input type="checkbox"/> ca. 90 Minuten | <input type="checkbox"/> ca. 120 Minuten | <input type="checkbox"/> mehr als 120 Minuten |

Wie schätzen Sie Ihre Intensität ein?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geringe Intensität | <input type="checkbox"/> mittlere Intensität | <input type="checkbox"/> hohe Intensität |
|---|--|--|

Seit wann betreiben Sie Sport?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seitz Kurzem | <input type="checkbox"/> seit ca. ½ Jahr | <input type="checkbox"/> seit ca. 1 Jahr |
| <input type="checkbox"/> länger als 1 Jahr | | |



Tanja Kirchner, BSc
● Franz Liszt Gasse 23, 2353 Guntramsdorf

Ihre Gesundheit

Machen Sie derzeit eine Diät? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wie oft essen Sie am Tag?

2 x 3 x 4 x 5 x >5 x

Frühstücken Sie? Ja Nein ab und zu

Essen Sie zu Mittag? Ja Nein ab und zu

Essen Sie zu Abend? Ja Nein ab und zu

Wann essen Sie zu Abend? vor 18 Uhr 18-20 Uhr nach 20 Uhr

Wer kauft Ihre Lebensmittel ein? Ich selbst mein/e Partner/in fremde Personen

Wer bereitet die Mahlzeiten zu? Ich selbst mein/e Partner/in fremde Personen

Mit wem essen Sie am häufigsten? alleine Familie FreundInnen/KollegInnen

Sind die Mahlzeiten für Sie angenehm?

Ich esse gerne Ich habe ein schlechtes Gewissen Ich esse mehr, als ich will

Wie oft essen Sie auswärts?

1-2 x pro Woche 3-4 x pro Woche mehr als 4 x pro Woche

1-2x pro Monat selten / nie

Wie oft essen Sie...

...Gemüse / Salat	<input type="checkbox"/> 3-5 x/Tag	<input type="checkbox"/> 1-2 x/Tag	<input type="checkbox"/> 3-5 x/Woche	<input type="checkbox"/> selten / nie
...Obst	<input type="checkbox"/> 3-5 x/Tag	<input type="checkbox"/> 1-2 x/Tag	<input type="checkbox"/> 3-5 x/Woche	<input type="checkbox"/> selten / nie
...Vollkornprodukte	<input type="checkbox"/> 2-4 x/Tag	<input type="checkbox"/> 1 x/Tag	<input type="checkbox"/> 3-5 x/Woche	<input type="checkbox"/> selten / nie
...Weißmehlprodukte	<input type="checkbox"/> 2-4 x/Tag	<input type="checkbox"/> 1 x/Tag	<input type="checkbox"/> 3-5 x/Woche	<input type="checkbox"/> selten / nie
...Wurst	<input type="checkbox"/> 1-3 x/Tag	<input type="checkbox"/> 3-5 x/Tag	<input type="checkbox"/> 1-2 x/Woche	<input type="checkbox"/> selten / nie
...Fleisch	<input type="checkbox"/> 1-3 x/Tag	<input type="checkbox"/> 3-5 x/Tag	<input type="checkbox"/> 1-2 x/Woche	<input type="checkbox"/> selten / nie
...Fisch	<input type="checkbox"/> >3 x/Woche	<input type="checkbox"/> 1-3 x/Woche	<input type="checkbox"/> 1-2 x/Monat	<input type="checkbox"/> selten / nie
...Eier	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> 1-3 x/Woche	<input type="checkbox"/> 1-2 x/Woche	<input type="checkbox"/> selten / nie
...Milch / Milchprodukte	<input type="checkbox"/> 2-4 x/Tag	<input type="checkbox"/> 1 x/Tag	<input type="checkbox"/> 3-5 x/Woche	<input type="checkbox"/> selten / nie
...Süßigkeiten / Kuchen / Knabberereien	<input type="checkbox"/> 1-2 x/Tag	<input type="checkbox"/> 1-2 x/Tag	<input type="checkbox"/> 3-5 x/Woche	<input type="checkbox"/> selten / nie
...Fertiggerichte	<input type="checkbox"/> 3-5 x/Tag	<input type="checkbox"/> 1-2 x/Tag	<input type="checkbox"/> 1-3 x/Woche	<input type="checkbox"/> selten / nie
...Fast Food	<input type="checkbox"/> 1-2 x/Tag	<input type="checkbox"/> 1-3 x/Tag	<input type="checkbox"/> 1-2 x/Woche	<input type="checkbox"/> selten / nie



Tanja Kirchner, BSc

● Franz Liszt Gasse 23, 2353 Guntramsdorf

Wie viel trinken Sie täglich? < 1 Liter 1-1,5 Liter 1-1,5 Liter > 2 Liter

Wie viele Gläser bzw. Tassen trinken Sie täglich?

Wasser / Mineralwasser 1-2 Gläser 3-4 Gläser 4-5 Gläser > 5 Gläser

Fruchtsäfte 1-2 Gläser 3-4 Gläser 4-5 Gläser > 5 Gläser

Limonaden / Sirup 1-2 Gläser 3-4 Gläser 4-5 Gläser > 5 Gläser

Tee 1-2 Tassen 3-4 Tassen 4-5 Tassen > 5 Tassen

Kaffee 1-2 Tassen 3-4 Tassen 4-5 Tassen > 5 Tassen

Energy Drinks 1-2 Gläser 3-4 Gläser 4-5 Gläser > 5 Gläser

Wie oft trinken Sie Alkohol?

Täglich > 3 x/Woche 1-3 x/Woche gelegentlich selten / nie

Welche alkoholischen Getränke trinken Sie?

Keine Wein Bier Sekt Spirituosen

Andere