

**Name:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_



## ***PATIENTENINFORMATION***

### **ZUR VORBEREITUNG**

### **AUF DIE**

### **ERSTVORSTELLUNG IN DER**

### **ADIPOSITASSPRECHSTUNDE**

- |  |               |
|--|---------------|
| 1. Info-Bogen                                  | Seite 2 - 3   |
| 2. Fragebögen zur Vorgeschichte                |               |
| - Angaben zur Person                           | Seite 4       |
| - allgemeine und Familien-Vorgeschichte        | Seite 5 - 7   |
| - Gewichtsvorgeschichte                        | Seite 8 – 9   |
| 3. Fragen zum Lebensstil                       | Seite 10      |
| 4. Fragen zum Essverhalten                     | Seite 11      |
| 5. Tagesprotokoll ( <i>als Kopiervorlage</i> ) | Seite 12      |
| 6. Bewegungsprotokoll                          | Seite 13 - 14 |
| 7. Ernährungsprotokoll                         | Seite 15 - 16 |

## Patienteninformation

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin!

Sie möchten sich in meiner Sprechstunde zur Übergewichtsbehandlung vorstellen. Als Ernährungsmedizinerin bin ich daran interessiert, Ihnen auf dem Weg zu einer *dauerhaft gesünderen Lebensweise* zu helfen.

Um gezielt beraten zu können, benötige ich vorab einige Informationen von Ihnen. Daher möchte ich Sie bitten, die beigefügten Fragebögen gewissenhaft und vollständig auszufüllen und **unbedingt vor** der Erstvorstellung zurückzuschicken. Sie können sich diesen Fragebogen ausdrucken und ihn dann in aller Ruhe ausfüllen. Diese recht umfangreichen Fragebögen erleichtern mir unser Erstgespräch, für das ich entsprechend vorbereitet sein möchte.

**Ohne diese Unterlagen ist eine Vorstellung nicht zielbringend  
und wird daher von uns nicht durchgeführt!  
Unvollständig ausgefüllte Fragebögen werden nicht bearbeitet!!**

**WICHTIG:** Der lange Fragebogen endet mit einem Strichlisten-Ernährungsprotokoll, das Sie bitte über 7 Tage führen. Bitte wiegen Sie die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt – der Versuch, sich abends an das Gegessene und Getrunkene vollständig zu erinnern, wird scheitern. Führen Sie zunächst die Strichliste. Nach 7 Tagen zählen Sie alle Striche für eine Zeile zusammen und schreiben diese Summe in die dafür bezeichnete Spalte. Das Formular „Meine Tagesübersicht“ dient als Kopiervorlage für ebenfalls 7 Tage. Hierbei geht es um Mahlzeitenverteilungen und Zwischenmahlzeiten etc.

**ACHTUNG:** Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.

**Sollten bei Ihnen in den letzten 6 Monaten Labor- oder EKG-Untersuchungen vorgenommen worden sein, so besorgen Sie bitte vorab eine Befundkopie bei Ihrem Hausarzt.**

Nach Eingang der ausgefüllten Fragebögen in meiner Praxis vereinbart mein Team mit Ihnen telefonisch einen Termin zur Erstvorstellung. Dabei kann es durchaus zu gewissen Wartezeiten kommen.

Der Sprechstundentermin dient der Einschätzung, Einleitung und Steuerung der sich anschließenden Adipositas-Therapie. Auch bei Wunsch nach chirurgischer Therapie ist zunächst eine Vorstellung in dieser Sprechstunde notwendig.

Die wissenschaftlich fundierte Therapie der Adipositas besteht aus mehreren Säulen:

- Basistherapie: Ernährungstherapie, Bewegungstherapie
- verhaltenspsychologische Unterstützung und
- ggfs. medikamentöse Therapie (sehr selten) sowie
- ab BMI >35 kg/m<sup>2</sup> + Begleiterkrankungen bzw. ab BMI >40 kg/m<sup>2</sup> ggfs. chirurgische Therapie

Eine Umstellung der Ernährung und die Steigerung der Bewegung stellen die Basis jeder Übergewichtsbehandlung dar und sind zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Behandlung bei jedem Patienten erforderlich. Der Erfolg der chirurgischen Therapie hängt von der Vermeidung einer Mangelernährung und der Verhinderung eines zu hohen Muskelverlustes ab.

Die meisten Krankenkassen unterstützen in unterschiedlicher Art und Weise Therapiekonzepte zur Ernährung/Bewegung nach dem §43 SGB V. Die Höhe der anteiligen Kostenübernahme ist jedoch sehr verschieden.

Die in meiner Schwerpunktpraxis konkret angebotenen Maßnahmen sehen wie folgt aus:

1. Ausführliches Anamnesegespräch über Ihre aktuellen Probleme in Bezug auf die Ernährung und Ihre Vorgeschichte anhand der vorab zugesendeten Unterlagen
2. Ermittlung der biometrischen Daten und ggfs. Risikofaktoren (Labor/EKG)
3. Analyse Ihres aktuellen Essverhaltens anhand von Essprotokoll und Tagesplänen durch unsere Diätassistentin\*
4. Erstellung eines Therapieplanes im ernährungstherapeutischen Team
5. Verordnung von Ernährungstherapie zur fundierten Ernährungsberatung als Einzelberatung oder in Gruppenkursen\*
6. Indikationsstellung und Gutachtenerstellung (kostenpflichtig) für Menschen, die eine operative Adipositasbehandlung anstreben.

Zu \*: Bei entsprechender Indikationsstellung erhalten Sie eine ärztliche Verordnung für Ernährungstherapie sowie einen Kostenvoranschlag, den Sie bei Ihrer Krankenkasse einreichen müssen, um dort eine anteilige Kostenerstattung zu beantragen.

Was ich Ihnen sicherlich nicht bieten kann, ist eine kurzfristige Lösung Ihres oft jahrzehntelangen Leidensweges.

Nur eine lebenslängliche Veränderung Ihres Ess- und Bewegungsverhaltens kann eine dauerhafte Gewichtsreduktion bewirken.

**Und:** Nur Sie alleine können dies schaffen – unser Team kann Ihnen durch sinnvolle und professionelle Behandlungsverfahren Unterstützung geben und Sie dadurch ein Stück auf Ihrem harten und steinigen Weg begleiten.

Ich freue mich auf unser Kennenlernen im Erstgespräch!

***Dr. med. Birgit Schilling-Maßmann***

**FÜR DIE ERNÄHRUNGSMEDIZINISCHE BEHANDLUNG IN MEINER  
SCHWERPUNKTPRAXIS BENÖTIGEN SIE  
ZWINGEND EINE ÜBERWEISUNG VOM FACHARZT (beliebig)!!!**

**ANDERNFALLS MUSS DIE PRAXISGEBÜHR HIER NOCHMALS ENTRICHTET WERDEN.**

**Eine Weiterüberweisung zum Hausarzt ist von hier ausgeschlossen.**



## **BDEM Erfassungsbogen Adipositas**

### **Angaben zur Person**

**Datum** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Körpergröße** \_\_\_\_\_ **Aktuelles Gewicht** \_\_\_\_\_

**Wohnort** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Handy-Nummer** \_\_\_\_\_

**Email-Adresse** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_

**Hausarzt** \_\_\_\_\_

(mit Adresse + Telefonnummer): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **Mitbehandelnde Ärzte**

(mit Adresse + Telefonnummer): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal in psychologischer/  
psychiatrischer Mitbehandlung: ja  nein

Sind Sie jetzt in psychologischer/  
psychiatrischer Mitbehandlung: ja  nein

Psychologisch/psychiatrische Mitbehandlung erfolgte durch (mit Adresse + Telefonnummer):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf diese Praxis aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fragen zur allgemeinen Krankengeschichte**

**Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?**

---



---



---

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?**

KRANKHEIT	JA, SEIT WANN?	NEIN	WEISS ICH NICHT
Bluthochdruck			
Erhöhte Blutfettwerte			
Erhöhter Harnsäurespiegel/Gicht			
Diabetes/Zuckerkrankheit			
Herzgefäßerkrankung			
Herzinfarkt			
Herzschwäche			
Schlaganfall			
Asthma bronchiale oder chronisch obstruktive Atemwegserkrankung			
Schlaf-Schnarch-Krankheit			
Verengung der Halsgefäße			
Verengung der Beingefäße			
Schilddrüsenerkrankung			
Hormonstörungen			
Nierenerkrankungen/Nierensteine			
Gallensteine (oder OP)			
Entzündliche Darmerkrankungen			
Leberverfettung, -zirrhose			
Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen			
Rheuma/rheumatische Erkrankungen			
Autoimmunerkrankungen			
Krebserkrankungen (welche):			
Aufstoßen			
Entzündung der Speiseröhre			
Entzündung der Magenschleimhaut			
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür			
<b>WEITERE:</b>			

**Wurden Sie schon einmal operiert?**

Organ:

Wann?

---



---



---



---

Schnarchen Sie? ja  nein

- wenn ja:* Sind Sie schon deshalb untersucht worden, z.B. im Schlaflabor? ja  nein   
- Sind Sie schon auf Atempausen aufmerksam gemacht worden? ja  nein   
- Sind Sie morgens beim Aufwachen ausgeschlafen und ausgeruht? ja  nein   
- Sind Sie tagsüber extrem müde? ja  nein

Beschwerden/Probleme beim Wasserlassen? ja  nein

Beschwerden beim Stuhlgang? ja  nein

Nächtliches Wasserlassen?  mal/Nacht

### ***Nur für Frauen***

In welchem Alter 1. Regelblutung? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Regeblutung? \_\_\_\_\_

Wechseljahre in welchem Alter? \_\_\_\_\_

Hormonersatztherapie? \_\_\_\_\_

Bestand bei Ihnen in der Schwangerschaft ein Schwangerschaftsdiabetes oder eine Präeklampsie/Gestose (Schwangerschaftsvergiftung)?

ja  nein  weiß ich nicht

Frühere oder aktuelle Regelblutungsstörungen: \_\_\_\_\_

Verhütungsmaßnahmen:

Pille  Spirale  Kondom  Sterilisation

Andere: \_\_\_\_\_

Geburten: \_\_\_\_\_

### ***Nur für Männer***

Haben Sie

Erektionsstörung? ja  nein  weiß ich nicht

Prostatavergrößerung? ja  nein  weiß ich nicht

**Welche Medikamente (und Insulin) nehmen Sie?**

NAME	FRÜH	MITTAGS	ABENDS	ZUR NACHT

**Fragen zur Familiengeschichte**

	MUTTER	VATER	KINDER - Anzahl -	GESCHWISTER	GROSS- ELTERN	PARTNER
<b>Erkrankungen</b>	<b>Bitte ein Kreuz machen für Ja</b>					
Übergewicht						
Bluthochdruck						
Schlaganfall						
Herzinfarkt						
Verengung anderer Gefäße/ Amputation						
Nierenerkrankung						
Altersdemenz						
Zuckerkrankheit						
Bösartige Erkrankungen						
Alter bei Tod/ Ursache						

Erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass bereits vorhandene Untersuchungsergebnisse bei Ihrem Hausarzt oder Fachärzten angefordert werden können?

ja                       nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Fragen zum Gewichtsverlauf**

Größe  cm

derzeitiges Gewicht  kg

niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht  kg  
das war vor  < 1 Jahr  
 2 – 4 Jahren  
 ≥ 5 Jahre

höchstes (Erwachsenen-) Gewicht  kg  
das war vor  ≤1 Jahr  
 2 - 4 Jahre  
 ≥5 Jahre

Meine bisher größte Gewichtsabnahme:  kg im Jahr \_\_\_\_\_

Mein Wunschgewicht liegt bei:  kg

Ich bin aber auch zufrieden, wenn ich folgendes Gewicht erreiche:  kg

In einem Jahr möchte ich wiegen:  kg

**Wie kontrollieren Sie Ihr Gewicht / Ihre Körperform?**

Wiegen  \_\_\_ mal/Tag  \_\_\_ mal/Woche  \_\_\_ mal/Monat

eigene Messung des Bauchumfangs

Änderung der Kleidergröße  Änderung der Gürtellänge

**Wie hat sich Ihr Gewicht im Laufe Ihres Lebens entwickelt? Beschreiben Sie in Stichpunkten die wesentlichen Phasen Ihres Lebens von der Kindheit bis heute. Mütter beschreiben bitte auch kurz die Gewichtsentwicklung während und nach Schwangerschaften.**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Wie häufig haben Sie bereits Schlankheitsdiäten durchgeführt?**

- Noch nie
- 1 – 5 mal
- 6 – 9 mal
- ≥10 mal
- regelmäßig (mind. 2x jährlich)
- halte ständig Diät

**Welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion haben Sie durchgeführt?**

	Wann? Jahres- angabe	DAUER DER MASSNAHME	GEWICHTS- VERLUST in kg	WIEDER- ZUNAHME in kg	Nach welchem Zeitraum?
Diäten in Eigenregie* (Kohlsuppe, Brigitte-Diät etc.):					
„Pulverdiät“ BCM/ Redumed etc.					
Weight Watchers					
Akupunktur/Heilpraktiker					
Optifast/Mobilis					
Mit Unterstützung Ihres Arztes Woraus bestand die Hilfe?*					
Mit Unterstützung einer Ernährungsfachkraft					
Xenical/Reductil					
Psychotherapie (ambulant)					
Stationäre Kur zum Abnehmen					
Sonstiges:					

Zu \*: Nutzen Sie ggf. ein Extrablatt!

**Warum möchten Sie abnehmen?**

- 
- 
- 
- 
-

**Fragen zum Lebensstil**

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern? \_\_\_\_\_

Wie viele Stunden sitzen Sie täglich vor dem Computer? \_\_\_\_\_

davon beruflich bedingt: \_\_\_\_\_

Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport? \_\_\_\_\_

Welchen Sport? \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen bei körperlicher Bewegung? ja  nein   
Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Luftnot bei Bewegung? ja  nein

Schämen Sie sich beim Sport z.B. Schwimmen? ja  nein

Raucher seit   Zigaretten/Tag

Nicht-Raucher

Ex-Raucher seit

geraucht über  Jahre  Zigaretten/Tag

Essen Sie oft außerhalb, z.B. Fast Food Restaurants?  immer  häufig  selten  nie

Welche alkoholhaltigen Getränke nehmen Sie zu sich?

Bier  Wein / Sekt  Spirituosen  Cocktails/ Alcopops   
 mal/Woche  mal/Monat

Aus welchen Gründen? aus Gründen des Genusses   
aufgrund einer Alltagsgewohnheit   
um abzuspannen   
um von Problemen abgelenkt zu werden   
um schlafen zu können („Schlaftrunk“)

verheiratet/in Partnerschaft  geschieden  verwitwet  Single

Leben Sie alleine oder in häuslicher Gemeinschaft mit anderen? - bitte unterstreichen -

Wie viele Kinder haben Sie?  Alter: \_\_\_\_\_

Hauptschule  Gesamtschule  Realschule  Gymnasium  Studium

Gelernter Beruf?

jetzige Tätigkeit?

Schichtarbeit? Ja  nein

**Fragen zum Essverhalten**

Haben Sie regelmäßige Essenszeiten?  ja  nein

Wie viele Mahlzeiten, inklusive Zwischenmahlzeiten, essen Sie pro Tag?

Wie essen Sie?  schnell  Zeitung lesend  langsam  beim Fernsehen  bewusst  unregelmäßig

Wo essen Sie?  im Wohnzimmer  unterwegs  in der Küche  bei der Arbeit

Andere Orte: \_\_\_\_\_

Wer kocht bei Ihnen im Haushalt? \_\_\_\_\_

Wann nehmen Sie die Hauptmahlzeit zu sich? (bitte Uhrzeit eintragen)

Sind Sie viel unterwegs und müssen außerhalb Essen? ja  nein

Was essen Sie am liebsten?

---

---

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Auf welche reagieren Sie „allergisch“?

---

---

Naschen Sie gern? Wenn ja, was und wann?

---

---

Haben Sie nach dem Essen ein Sättigungsgefühl?  immer  häufig  selten  nie

Essen Sie zwischen den Mahlzeiten?  immer  häufig  selten  nie

Essen Sie Fast Food?  immer  häufig  selten  nie

Essen Sie Süßigkeiten zwischen den Mahlzeiten?  immer  häufig  selten  nie

Stehen Sie nachts auf, um sich etwas zum Essen zu holen? ja  nein

Bekommen Sie Ess-/ Heißhungerattacken? ja  nein

Wenn ja, wie oft und wann? \_\_\_\_\_

Was trinken Sie? Mineralwasser  Cola, Fanta etc.  Fruchtsäfte

Kaffee  Tee  anderes, was ?

---

**KOPIERVORLAGE**  
**BITTE ÜBER 1 WOCH FÜHREN**  
**WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!**

## Meine Tagesübersicht

NAME: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Wochentag: \_\_\_\_\_

<i>Mahlzeit</i>	<i>Ich habe gegessen</i>	<i>Ich habe getrunken</i>
<b>Frühstück</b>		
<i>eventuell Zwischenmahlzeit</i>		
<b>Mittagessen</b>		
<i>eventuell Zwischenmahlzeit</i>		
<b>Abendessen</b>		
<b>Sonstige Nahrungsaufnahme</b>		

Sport:  **JA** (welche Sportart und wie lange): \_\_\_\_\_ **NEIN**Besonderheiten an diesem Tag: \_\_\_\_\_  
(z.B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

## Bewegungstagebuch

TAG	WIE WAR DER ALLTAG?	WIE HABEN SIE SICH BEWEGT?	HABEN SIE SPORT BETRIEBEN?	MEIN HEUTIGES BEFINDEN	EIGENE BEMERKUNGEN
<b>MO</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	 <input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/> ☹	
<b>DI</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	 <input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/> ☹	
<b>MI</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	 <input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/> ☹	
<b>DO</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	 <input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/> ☹	

<b>FR</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/> ☹	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer		
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn	_____		
	<input type="checkbox"/> bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Auto	_____		
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift	_____		
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	_____		
<b>SA</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/> ☹	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer		
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn	_____		
	<input type="checkbox"/> bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Auto	_____		
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift	_____		
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	_____		
<b>SO</b>	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ☺ <input type="checkbox"/> ☹ <input type="checkbox"/> ☹	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer		
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn	_____		
	<input type="checkbox"/> bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Auto	_____		
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift	_____		
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	_____		

Bitte beschreiben Sie den Ablauf eines typischen Wochenendes:

---



---



---



---



---



---



---



---

# ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

## So ernähre ich mich

Name: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Alter (Jahre): \_\_\_\_\_  
 Größe (cm): \_\_\_\_\_  
 Gewicht zu Beginn: \_\_\_\_\_ kg  
 Gewicht am Ende: \_\_\_\_\_ kg  
 Protokolltage: \_\_\_\_\_

### Beachten Sie bitte beim Ausfüllen:

- Nehmen Sie Ihr Ernährungsprotokoll überall mit hin. Notieren Sie bitte alles. Auch z. B. Nüsse, Bonbons und Snacks beim Fernsehen. Versuchen Sie während dieser Woche nicht abzunehmen, aber auch nicht zuzunehmen.
- Machen Sie jeweils einen Strich für die angegebene Portionsmenge.
- Die Bezeichnung „Tasse“ ist ein Maß für die Menge, die in eine normale Kaffeetasse passt.
- Ändern Sie die Mengenbezeichnungen nicht.
- Geben Sie Ihr Gewicht vor und nach der Woche an.
- Nach sieben Tagen zählen Sie bitte Ihre Strichlisten zusammen und tragen in die entsprechenden Kästchen die Summe ein
- Mengenerläuterung:  
 1 Esslöffel (EL) = 15 ml  
 1 Teelöffel /TL) = 5 ml  
 1 Tasse (s.o.) = 125 ml

Brot			
Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Graubrot			Scheibe 40,0 g
Weißbrot, Toast			Scheibe 25,0 g
Vollkornbrot			Scheibe 45,0 g
Rosinenbrot mit Hefe und Sultaninen			Scheibe 30,0 g
1/2 Brötchen			Stück 25,0 g
1/2 Vollkornbrötchen			Stück 30,0 g
Croissant aus Blätterteig			Stück 70,0 g
Knäcke, Zwieback			Scheibe 10,0 g
Brotbelag			
Butter			Teelöffel 5,0 g
Margarine			Teelöffel 5,0 g
Butter halbfett			Teelöffel 5,0 g
Margarine halbfett			Teelöffel 5,0 g
Wurst			Scheibe 25,0 g
Wurst fettreduziert			Scheibe 25,0 g
Schinken roh			Portion 10,0 g
Schinken gekocht			Scheibe 30,0 g
Salami			Portion 30,0 g
Käse unter 20% Fett			Portion 30,0 g
Käse 20-40% Fett			Portion 30,0 g
Käse über 40% Fett			Portion 30,0 g
Camembert			Portion 30,0 g
Frischkäse Rahmstufe			Portion 30,0 g
Marmelade, Gelee			Teelöffel 10,0 g
Honig			Teelöffel 10,0 g
Nußnougatcreme			Portion 20,0 g
Magerquark (≤3% Fett)			Eßlöffel 30,0 g
Speisequark (10%Fett)			Eßlöffel 30,0 g
Eier			Stück 60,0 g
Cerealien (Corn Flakes, etc.)			
Haferflocken, trocken			Esslöffel 10,0 g
Früchte-Müsli			Tasse 50,0 g

Schoko-Müsli			Tasse 50,0 g
Friskornbrei			Tasse 125 g
Cornflakes, trocken			Tasse 20,0 g
Kaffee und Milchprodukte			
Kaffee, Tee (schwarz)			Tasse 125 g
Früchte-/Kräutertee			Tasse 125 g
Dosenmilch			Teelöffel 5,00 g
Zucker			Teelöffel 5,00 g
Süßstoffe			Tabl./Tropf. 0,5 g
Kakao			Tasse 125 g
Trinkmilch 3,5 %			Tasse 125 g
Trinkmilch 1,5 %			Tasse 125 g
Buttermilch			Tasse 125 g
Naturjoghurt 3,5 % Fett			kleiner Becher 150 g
Naturjoghurt 1,5 % Fett			kleiner Becher 150 g
Naturjoghurt 0,1 % Fett			Kl. Becher 150 g
Joghurt mit Fruchtzubereitung			kleiner Becher 150 g
Fleisch- und Wurstwaren			
Kotelett, Schnitzel (paniert)			Portion 125 g
Steak, Schnitzel natur			Portion 125 g
Putenschnitzel			Portion 125 g
Hähnchenschnitzel			Portion 125 g
Braten			Portion 125 g
Gulasch, Ragout			Tasse 125 g
Bratwurst			Stück 100 g
Bockwurst			Stück 125 g
Fleisch-, Kochwurst			Portion 100 g
Frikadelle, Klops			Stück 100 g
1/2 Hähnchen			Stück 370 g
Leber, Herz, Niere			Portion 125 g
Mett, Gehacktes			Portion 100 g
Tatar, Schabefleisch			Portion 100 g
Speck, Bauchfleisch			Scheibe 50,0 g
Fleischsalat			Portion 50 g

Beilagen, Soßen & Suppen		
Kartoffeln		Stück 80,0 g
Kartoffelpüree		Tasse 150 g
Klöße, Knödel		Stück 80,0 g
Bratkartoffeln		Tasse 120 g
Pommes Frites		Portion 100 g
Kartoffelpuffer		Stück 70,0 g
Kartoffelsalat		Portion 150 g
Reis, gekocht		Tasse 100 g
Nudeln, gekocht		Tasse 100 g
Pizza, mittelgroß		Stück 300 g
Mehlpfannkuchen		Stück 180 g
Klare Suppe		Teller, 250 ml
Gebundene Suppe		Teller, 250 ml
Gemüsesuppe, dick		Portion, 350 ml
Soßen hell		Portion 60,0 g
Soßen dunkel		Portion 60,0 g
Tomatenketchup		Portion 20,0 g
Hackfleischsoße		Esslöffel 20,0 g
Käsesoße		Portion 60,0 g
Gemüse		
Gemüse, gebunden		Portion 200 g
Gemüse, gedünstet		Portion 200 g
Hülsenfrüchte		Portion 200g
Tomaten frisch		Stück 60,0 g
Gurke		Stück 100 g
Rohkostsalat		Portion 150 g
Blattsalat gemischt		Portion 150 g
Gemüsepaprika frisch		Stück 150 g
Mohrrübe frisch		Stück 150 g
Radieschen frisch		Stück 15,0 g
Sahne-Dressing		Esslöffel 30 g
Essig-Öl-Marinade		Esslöffel 30 g
Joghurt-Dressing		Esslöffel 30 g

Fisch		
Fisch gekocht oder gedünstet		Portion 150 g
Fisch gebraten		Portion 150 g
Fisch, paniert		Portion 150 g
Fischstäbchen		Stück 30,0 g
Fischkonserven		Dose 180 g
Fisch, geräuchert		Stück 70,0 g
Rollmops, Matjes		Stück 90,0 g
Krustentiere		Portion 100 g
Heringssalat		Portion 50 g
Getränke		
Fruchtsaft (100% Frucht)		Glas 200 g
Limonade, Cola		Glas 200 g
Lightgetränke		Glas 200 g
Mineralwasser oder Sodastreamer		Glas 200 g
Gemüsesaft		Glas 200 g
Bier alkoholfrei		Glas 300 g
Bier		Glas 300 g
Wein, Sekt		Glas 125 g
Spirituosen		Schnapsglas 20,0 g
Likör, Apfelnorm		Schnapsglas 20,0 g
Obst		
Apfel, Birne		Stück 125 g
Pfirsich, Nektarine		Stück 125 g
Trauben, Beeren		Stück 100 g
Orange /Apfelsine		Stück 150 g
Banane		Stück 140 g
Trockenobst		Tasse 70,0 g
Kiwi		Stück 45 g
Kirschen, frisch		Portion 125 g
Pflaumen, frisch		Portion 125 g
Kuchen und Dessert		
Obstkuchen		Stück 100 g
Trockenkuchen		Stück 70,0 g

Sahne-, Cremetorte		Stück 120 g
Stückchen, Teilchen		Stück 100 g
Schlagsahne		Esslöffel 20,0 g
Waffeln		Portion 150 g
Eis		Portion 150 g
Milchpudding		Portion 150 g
Kompott, Apfelmus		Portion 125 g

Süßwaren und Snacks		
Bonbon		Stück 5 g
Kekse		Stück 10 g
Müsliriegel		Stück 50 g
Schokolade		Stückchen 20 g
Schokoriegel (z. B. Mars, Nuts)		Stück 60,0 g
Pralinen		Stück 13,0 g
Gummibärchen		Handvoll 15 g
Nüsse		Handvoll 50 g
Salzige Knabbereien		Handvoll 50 g
Kartoffelchips		Handvoll 50 g
Studentenfutter mit Erdnüssen		Handvoll 50 g
Negerkuss, mittelgroß		Stück 20 g

Für Lebensmittel, die nicht in dieser Liste aufgeführt sind			
Lebensmittel	Anzahl	Sum	Kücheneinheit

Ggfs. wichtige Anmerkungen für die Auswertung:

---



---



---

