



Mit welchen Themen kommen Sie in die Ernährungstherapie?

- Unverträglichkeiten / Allergien
- Gewichtsmanagement
- Verdauungsbeschwerden
- Obstipation (Darmträgheit)
- Müdigkeit / Erschöpfung
- Infektneigung
- Hautprobleme
- Übersäuerung
- Ernährungsumstellung
- Leberreinigung
- Heilfasten
- Sporternährung

Bitte hier genauer beschreiben:

.....



**STATUS
DIO**

Anrede

- Frau Herr

Titel

Form field for title

Vorname

Form field for first name

Nachname

Form field for last name

Hinweis: Falls Sie schon PatientIn bei uns sind, genügt Ihr Name!

Vers.-Nr.

Form field for insurance number

Geburtsdatum

Form field for birth date (DD-MM-YYYY)

Straße

Form field for street address

PLZ

Form field for postal code

Ort

Form field for location

Email-Adresse

Form field for email address

Mobiltelefon

Form field for mobile phone number (+, 3, 10 digits)

Telefon

Form field for telephone number (+, 3, 10 digits)

Heutiges Datum

Form field for current date (DD-MM-YYYY)

Datenschutz ist uns wichtig!

Selbstverständlich unterliegen alle von Ihnen angegebenen Informationen vollständig der ärztlichen Schweigepflicht.

Krankenkasse

- BVA-OEB
- BVA-EB
- ÖGK
- KFA
- SVS
- Sonstige:

**Ambulante
Zusatzversicherung**

- Generali
- Merkur
- Uniqa
- Wiener Städtische
- Sonstige:

Ihre Körpergröße:

Form field for body height (3 digits)

Ihr Gewicht:

Form field for weight (3 digits)

Sie möchten Ihr Gewicht ...

- reduzieren
- halten
- erhöhen

DIO 1

Ich leide immer wieder unter...

- Müdigkeit / Erschöpfung
- Stimmungsschwankungen
- Nebenhöhlenentzündung
- Atemwegsinfekten
- Hautproblemen
- Allergien
- Gelenkschmerzen
- Wirbelsäulenproblemen

Ich hatte bereits eine der folgenden Diagnosen...

- Laktoseintoleranz
- Fruktosemalabsorption
- Histaminintoleranz
- Divertikulitis
- Darmpolyp(en)
- Reizdarm
- Colitis / Morbus Crohn
- Gicht
- Rheuma/Polyarthritits
- Diabetes

Wurden bei Ihnen Organe entfernt?

- Nein
- Mandeln
- Blinddarm
- Schilddrüse
- Gallenblase
- Magen
- Dünndarm
- Dickdarm

Haben Sie folgende Beschwerden nach bestimmten Speisen?

- Blähungen
- Krämpfe
- Völlegefühl
- Sodbrennen/Reflux
- Übelkeit
- Durchfall
- Kopfschmerzen
- Schwellungen
- Hautausschlag / Juckreiz

Ich hatte bereits ...

- Unfälle
- Operationen
- Bandscheibenvorfall

Wie häufig haben Sie Stuhlgang?

- täglich
- mehrmals täglich
- 3-4 Mal pro Woche
- weniger als 3x pro Woche

Wie ist dabei die Konsistenz des Stuhls?

- hart
- geformt
- weich
- ungeformt

Falls Ja, bei welchen Speisen?

Haben Sie Schmerzen oder Krämpfe im Bauch?

- Ja
- Nein

Wenn ja, wann und wo genau treten diese auf?

Haben Sie Allergien und/oder Unverträglichkeiten?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche und seit wann? Wie äußern sie sich?

Wurden Sie am Magen, Darm oder Unterleib operiert?

- Ja
- Nein

Wenn ja, was wurde operiert und wann?

Meine Ernährung ist:

- Mischkost
- Vegetarisch
- Vegan
- Rohkost
- Ketogen
- Sonstiges ...

Ich habe bereits Erfahrung mit:

- Gesunder Ernährung
- TCM
- Ayurveda
- Heilfasten
- Leberreinigung

Wie häufig essen Sie Milch oder Milchprodukte?

- 1-2 x pro Woche
- 3-4 x pro Woche
- 5-9 x pro Woche
- 10 x oder mehr pro Woche
- nie oder selten

Wie häufig essen Sie Brot bzw. Backwaren?

- 1-2 x pro Woche
- 3-4 x pro Woche
- 5-9 x pro Woche
- 10 x oder mehr pro Woche
- nie oder selten

Wie häufig essen Sie Nudeln?

- 1-2 x pro Woche
- 3-4 x pro Woche
- 5 x oder mehr pro Woche
- nie oder selten

Wie häufig essen Sie Ei(er)?

- 1-2 x pro Woche
- 3-4 x pro Woche
- 5 x oder mehr pro Woche
- nie oder selten

Wie häufig essen Sie Fleisch oder Fleischwaren?

- 1-2 x pro Woche
- 3-4 x pro Woche
- 5-9 x pro Woche
- 10 x oder mehr pro Woche
- nie oder selten

Wie häufig essen Sie Fisch oder Meeresfrüchte?

- 1-2 x pro Woche
- 3-4 x pro Woche
- 5 x oder mehr pro Woche
- nie oder selten

Wie häufig essen Sie Linsen/Erbsen/Bohnen/Tofu?

- 1-2 x pro Woche
- 3-4 x pro Woche
- 5 x oder mehr pro Woche
- nie oder selten

Wie häufig machen Sie Bewegung oder Sport?

- kaum bis gar nicht
- 1-2 Mal pro Woche
- 3-4 Mal pro Woche
- mehr als 5 Mal pro Woche

Was essen Sie üblicherweise zum Frühstück? (inkl. Uhrzeit)



Wie sieht für gewöhnlich Ihr Mittagessen aus? (inkl. Uhrzeit)



Beschreiben Sie Ihr Abendessen? (inkl. Uhrzeit)

Essen Sie gerne Zwischenmahlzeiten? Wenn ja, welche?

Süßigkeiten und Naschereien? (wenn möglich inkl. Uhrzeit)

Welches ist Ihre Lieblingsmahlzeit?

Haben Sie eine Lieblingspeise?

- Frühstück
- Mittagessen

- Abendessen
- Spätmahlzeit



Welche Getränke nehmen Sie hauptsächlich zu sich?

Wieviel Liter reines/stilles Wasser trinken Sie pro Tag?

Wieviele Tassen Kaffee trinken Sie pro Tag?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

- Ja
 Nein

Wenn ja, welche Medikamente und seit wann?

Nehmen Sie Psychopharmaka oder Antidepressiva?

- Ja
 Nein

Wenn ja, welche und seit wann?

Nehmen Sie zurzeit Nahrungsergänzungsmittel zu sich?

- Ja
 Nein

Wenn ja, welche Nahrungsergänzungsmittel und seit wann?

Nehmen Sie Hormone ein? (auch Verhütung)

- Ja
 Nein

Wenn ja, welche und seit wann?

Rauchen Sie?

- Ja
 Nein

Kennen Sie Ihre Blutgruppe?

- Null
 A
 B
 AB
 unbekannt

Möchten Sie uns sonst noch etwas Relevantes für Ihren Besuch bei uns mitteilen?