



Ernährungsmedizin

Dr. Mia Richter

ernaehrung@praxis-dr-richter.com

## Ernährungsgewohnheiten I

Wieviel Mahlzeiten, inklusive Zwischenmahlzeiten essen Sie pro Tag?		
Wie essen Sie?	Ja	Nein
Schnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewußt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitung lesend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Handy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unregelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:		
Wann nehmen Sie die Hauptmahlzeit zu sich? (bitte Uhrzeit eintragen)	Uhr	
Was essen Sie am liebsten?		
Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Auf welche reagieren Sie allergisch?		

	Ja	Nein	
Naschen Sie gerne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja was, wann und wieviel?			
Bekommen Sie Ess-/ und Heißhunger Attacken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, wie oft und wann?			
Ist bei Ihnen eine Essstörung bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche?			
Was trinken Sie?	Ja	Nein	Ca. Liter pro Tag
Wasser, Mineralwasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Limonade, Cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Limonade, Cola „Light“ und „Zero“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alkoholische Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Energy Drinks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anderes:			
Wie kontrollieren Sie Ihr Gewicht/ Ihre Körperform?	Ja	Nein	Pro Woche
Wiegen?			
Messung des Bauch Umfangs?			
Änderung der Kleidergröße?			
Änderung der Gürtellänge?			
Warum möchten sie abnehmen?			

Wieviel möchten Sie abnehmen?