



1. ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PERSON

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Geschlecht: weiblich männlich

Telefonnummer:

E-Mail:

Beruf: Vollzeit Teilzeit

2. IHRE ZIELE

- Verbesserung der Leistungsfähigkeit
- Verbesserung des Wohlbefindens
- Verbesserung der Gesundheit
- Verbesserung des Aussehens
- Reduzierung von Schmerzen
- Aufbau von Muskulatur
- Abbau von Körperfett
- Implementierung einer veganen Ernährung aus ökologischen/ethischen Gründen
- Sonstiges:

BISHERIGE VERSUCHE DAS/DIE OBEN GENANNT(E) ZIEL(E) ZU ERREICHEN:

Durch Ernährung? Ja Nein

(falls ja, bitte beschreiben Sie die Versuche, wie z. B. Diäten):

Durch Sport? Ja Nein

(falls ja, bitte beschreiben Sie das Sportprogramm: Art, Häufigkeit, Dauer, Intensität etc.):



3. ANGABEN ZUR AKTUELLEN ERNÄHRUNGSSITUATION

WIE SCHÄTZEN SIE IHRE ERNÄHRUNG EIN?

sehr gesund gesund nicht sonderlich gesund ungesund

(falls nicht sonderlich gesund oder ungesund, bitte geben Sie den Grund dafür an):

keine Zeit

ich kann nicht gesund kochen

kein gesundes Angebot (z. B. Kantine, Mensa, o. ä.)

gesundes Essen schmeckt mir nicht

sonstige Gründe

WO NEHMEN SIE IHRE MAHLZEITEN EIN?

Frühstück: zu Hause unterwegs _____
auswärts: Kantine/Mensa Restaurants Imbiss

Mittag: zu Hause unterwegs _____
auswärts: Kantine/Mensa Restaurants Imbiss

Abend: zu Hause unterwegs _____
auswärts: Kantine/Mensa Restaurants Imbiss

BESCHREIBEN SIE STICHPUNKTARTIG EINE GEWÖHNLICHE MAHLZEIT (Z. B. EINE SCHALE MUESLI, 1 BANANE, ...):

Frühstück: _____

Mittag: _____

Abend: _____

Snacks: _____

Sonstiges: _____



VEGANE ERNÄHRUNGSBERATUNG SCHWEIZ

WIE HÄUFIG ERNÄHREN SIE SICH VEGAN?

Täglich 3x/Woche 1x/Woche 2x/Monat 1x/Monat selten/nie

WIE HOCH SCHÄTZEN SIE IHREN TÄGLICHEN KALORIENBEDARF EIN?

kcal

WIE HOCH SCHÄTZEN SIE IHRE TÄGLICHE KALORIENZUFUHR EIN?

Kcal

MACHEN SIE DERZEIT EINE DIÄT?

Ja Nein

(falls ja, bitte beschreiben Sie diese):

TREIBEN SIE DERZEIT SPORT?

Ja Nein

(falls ja, bitte beschreiben Sie das Sportprogramm: Art, Häufigkeit, Dauer, Intensität):

SIND SIE DERZEIT SCHWANGER?

Ja Nein

LEIDEN SIE UNTER NAHRUNGSMITTELALLERGIEN?

Ja Nein

(falls ja, welche?):

LEIDEN SIE UNTER SONSTIGEN ERKRANKUNGEN ODER HABEN SIE
DERZEIT BESCHWERDEN? Ja Nein

(falls ja, welche?):



VEGANE ERNÄHRUNGSBERATUNG SCHWEIZ

NEHMEN SIE DERZEIT MEDIKAMENTE ODER SUPPLEMENTE EIN?

Ja Nein

(falls ja, welche?):

- gegen Bluthochdruck
- Mineralien
- Entwässerungstabletten (Diuretika)
- Cholesterinsenker
- gegen erhöhten Blutzucker
- Vitamine
- gegen Schilddrüsenüberfunktion
- gegen Schilddrüsenunterfunktion
- Sonstige:



(Die folgenden Felder sind nur vom Ernährungsberater auszufüllen!)

KÖRPERZUSAMMENSETZUNG

Gewicht: kg Wunschgewicht: kg Differenz: kg
Größe: cm Hüftumfang: cm Taillenumfang: cm
BMI: Körperfettanteil: %

- Grundumsatz: kcal
- geschätzter Leistungsumsatz: kcal
- täglicher Energiebedarf: kcal
- aus Ernährungstagebuch errechnete, durchschnittliche Tagesenergiezufuhr: kcal
- tägliche Energiebilanz: kcal

NOTIZEN: