



Fragebogen Standortbestimmung

Datum:	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	

Gewicht:	_____ kg <input type="checkbox"/> zuhause gemessen <input type="checkbox"/> hier gemessen
Wie zufrieden sind Sie mit dem Gewichtsverlauf?	

<u>Die Angaben beziehen sich auf die letzten 6 Monate</u>	mindestens 1-mal pro Woche	weniger als 1-mal pro Woche	nie
Müssen Sie nach dem Essen Schleim und/oder Schaum hochgeben?			
Müssen Sie nach dem Essen Speisereste hochgeben?			
Sind Sie nach dem Essen müde und müssen sich hinlegen?			
Verspüren Sie nach dem Essen Symptome wie Schwitzen, Herzrasen, Übelkeit, Schwindel?			
Verspüren Sie Druck und/oder ein Völlegefühl während/nach dem Essen?			
Verspüren Sie zwischen den Mahlzeiten oder wenn Sie länger nichts gegessen haben Zittern, Schwäche, Schwindel, Sehstörungen?			

<u>Die Angaben beziehen sich auf die letzten 6 Monate</u>	mindestens 1-mal pro Woche	weniger als 1-mal pro Woche	nie
Haben Sie ungeformten, breiigen Stuhlgang?			
Haben Sie geformten, weichen Stuhlgang?			
Haben Sie geformten, harten Stuhlgang?			
Haben Sie flüssigen Stuhlgang (wie Wasser)?			
Verspüren Sie Bauchschmerzen?			
Leiden Sie unter Blähungen und/oder vermehrtem Windabgang?			
Wie oft haben Sie Stuhlgang:			



	meistens	selten	nie
Stehen Sie in der Nacht auf und essen Sie etwas oder trinken Sie Milchgetränke?			
Essen Sie 3-mal täglich Proteinlieferanten?			
Ich esse an den meisten Tagen: <input type="checkbox"/> 3 Hauptmahlzeiten (Frühstück, Mittagessen, Abendessen). <input type="checkbox"/> 2 Hauptmahlzeiten und lasse <input type="checkbox"/> das Frühstück <input type="checkbox"/> das Zmittag <input type="checkbox"/> das Znacht weg. <input type="checkbox"/> 1 Hauptmahlzeit, und zwar <input type="checkbox"/> das Frühstück <input type="checkbox"/> das Zmittag <input type="checkbox"/> das Znacht.			
Ich esse / «schnause» an den meisten Tagen (inkl. Obst, Süßem und salzigen Snacks): <input type="checkbox"/> nichts zwischendurch <input type="checkbox"/> 1-2 Zwischenmahlzeiten/Snacks <input type="checkbox"/> 3-4 Zwischenmahlzeiten/Snacks <input type="checkbox"/> mind. 5 Zwischenmahlzeiten/Snacks Diese esse ich hauptsächlich <input type="checkbox"/> vormittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> abends			
Normalerweise esse ich: <input type="checkbox"/> weniger als eine halbe Restaurantportion <input type="checkbox"/> eine halbe Restaurantportion <input type="checkbox"/> zwischen einer halben und einer ganzen Restaurantportion <input type="checkbox"/> mehr als eine ganze Restaurantportion			
Wie viel trinken Sie pro Tag? <hr/>			
Welche Getränke konsumieren Sie? <hr/> <hr/>			
Wie oft konsumieren Sie alkoholische Getränke und welche? <hr/>			
Gibt es Lebensmittel, die sie meiden, weil sie Ihnen Schwierigkeiten bereiten (z. B. Spaghetti, faseriges Fleisch, Reis, Brot)? <hr/> <hr/>			

Sonstige Beschwerden:	
Fragen, Anliegen:	