



## **GENUSSVOLLWERT**

Ernährungsberatung & Heilpflanzenkunde

Datenschutz:

*Alle Angaben werden höchst vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht zwischen Klient und Ernährungsberaterin. Der Fragebogen sowie alle weiteren Daten werden nur zur Erstellung einer Analyse und zur individuellen Beratung verwendet.*

---



Name: .....

Adresse: .....

PLZ/Stadt: .....

Telefon: .....

Mobil: .....

e-Mail: .....

**GENUSSVOLLWERT**

**Eva-Maria Michnik**

Ernährungsberatung & Heilpflanzenkunde

*Zur Schultenwiese 1 · DE - 58313 Herdecke*

Ausgebildet und Zertifiziert in der  
**BTB Bergische Akademie für Erwachsenenbildung**  
Mitglied im DGGP

Beratung und Termine nur nach telefonischer  
Vereinbarung oder durch eine Anfrage per E-Mail!

**(023 30) 97 07 72**  
**info@genussvollwert.de**

Zusätzliche Informationen erhalten Sie auf meiner Website unter **genussvollwert.de**



## I. Persönliche Angaben

---

weiblich

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

Körpergewicht: \_\_\_\_\_

männlich

Körpergröße: \_\_\_\_\_

## II. Arbeit

---

*Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem Berufsalltag.*

Beruf: \_\_\_\_\_

Std./Tag \_\_\_\_\_

Arbeitszeiten: vormittags  nachmittags  ganztags  wechselnd

Tätigkeit: sitzend  stehend  gehend  wechselnd

Haben Sie auf der Arbeit Stress?

wenig      viel

Ursache:

.....

.....

.....

.....

.....

.....



### III. Freizeit

---

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit? Welche Aktivitäten (außer Sport) machen Sie?

Freizeitgestaltung:

.....

.....

.....

.....

### IV. Sport

---

1. Treiben Sie Sport? Bitte machen Sie Angaben zu Ihren sportlichen Aktivitäten.

pro Woche:	garnicht <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	öfter <input type="checkbox"/>
Trainingsdauer:	in Stunden pro Trainigseinheit <input type="text"/>	Trainigseinheiten pro Woche <input type="text"/>		

Sportarten:

.....

.....

.....

2. Falls Sie keinen Sport treiben, schreiben Sie bitte auf, welche Sportarten Sie interessieren würde.

.....

.....

.....

.....



## V. Gesundheit

---

1. Bitte geben Sie ihre gesundheitliche Vorgeschichte an.

Allergien:

Gluten	<input type="checkbox"/>	Lebensmittel	<input type="checkbox"/>	Medikamente	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>
Lactose	<input type="checkbox"/>	Tierhaare	<input type="checkbox"/>	Kontaktdermatitis	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>

2. Bitte erläutern Sie alle oben angekreuzten Felder mit Details und eventuell erfolgten Behandlungen:

Allergie:

Symptome:

Behandlung:

.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

3. Bitte geben Sie alle vom Arzt diagnostizierten Erkrankungen an.

.....

.....

.....

.....

.....

4. Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie in den letzten 12 Monaten regelmäßig eingenommen haben. Nennen Sie auch Nebenwirkungen, falls welche aufgetreten sind.

.....

.....

.....

.....

.....



## VI. Ernährung

1. Bitte beschreiben Sie Ihr Essverhalten.

Mahlzeiten:	regelmäßig	<input type="checkbox"/>	unregelmäßig	<input type="checkbox"/>	3 x täglich	<input type="checkbox"/>
	über den Tag verteilt	<input type="checkbox"/>	meistens abends	<input type="checkbox"/>	4 x täglich	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Essen Sie gerne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören Sie auf zu essen, wenn Sie satt sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie allein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Frustesser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie die Reste der Anderen z.B. der Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie eher große Portionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie viel Appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schnell Hunger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie zwischendurch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Was und wieviel essen Sie zwischendurch?

	manchmal	täglich
Knabbergebäck, Chips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst, Rohkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastfood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebäck, Kuchen, Desserts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## VI. Ernährung

1. Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer Ernährung, indem Sie bewerten wieviel Sie von den aufgelisteten Lebensmitteln wöchentlich zu sich nehmen. Lebensmittel, die Sie gar nicht essen, lassen Sie einfach aus.

Ich ernähre mich vegetarisch

Ich ernähre mich vegan

	wenig	viel
Geflügel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziege, Schaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurstwaren, Schinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch, Meeresfrüchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse (roh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse (gekocht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst (getrocknet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst (frisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartoffeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hülsenfrüchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräuter (frisch, zum Würzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getreideprodukte (Nudeln, Brot, Toast, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## VI. Ernährung

	wenig				viel
Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Butter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frischkäse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sahne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sojamilch, Hafermilch, Reismilch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sojaprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. Was und wieviel trinken Sie täglich? (Getränke, die Sie nicht konsumieren bitte auslassen)

	wenig				viel
Wasser mit Kohlensäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasser ohne Kohlensäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Softdrinks (Cola, Fanta, Sprite, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüsesaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruchtsaft und Nektar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 5. Wieviel alkoholhaltige Getränke konsumieren Sie wöchentlich? (Getränke, die Sie nicht konsumieren bitte auslassen)

	wenig				viel
Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein, Sekt (rot, weiß)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spirituosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## VI. Ernährung

---

Bitte machen Sie Angaben zu den Lebensmitteln, die Sie in einem Tagesverlauf konsumieren und ordnen Sie diese den jeweiligen Malzeiten zu.

Frühstück:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Mittagessen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Zwischenmahlzeiten:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Abendessen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## VII. Kaufverhalten

1. Bitte beschreiben Sie Ihr Kaufverhalten. (Nicht Zutreffendes bitte auslassen)

Discounter	<input type="checkbox"/>
asisatischer, orientalischer Supermarkt	<input type="checkbox"/>
Rewe, Kaufpark, Akzenta, etc.	<input type="checkbox"/>
Real, Kaufland	<input type="checkbox"/>
Bio-Supermarkt, Reformhaus	<input type="checkbox"/>
Wochenmarkt	<input type="checkbox"/>
Bauernladen	<input type="checkbox"/>

2. Was und wieviel kaufen Sie bei einem Wocheneinkauf ein?  
(Nicht zutreffende Produkte bitte auslassen)

	wenig				viel
frisches Obst und Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiefgekühltes Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bio-Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch und/oder Fisch tiefgekühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch und/oder Fisch abgepackt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch und/oder Fisch vacuumiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch und/oder Fisch aus der Frischetheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abgepackte Fertiggerichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konservendosen (eingelegtes Gemüse und Obst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suppen und Eintöpfe aus Konservendosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Minuten-Gerichte zum Aufgießen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abgepacktes Brot, Toast, Aufbackbrötchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brot und Brötchen vom traditionellen Bäcker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## VIII. Lebensmittelzubereitung

1. Bitte geben Sie an ob und wie Sie kochen.

	Ja	Nein
Kochen Sie selber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht Ihnen das Kochen Spaß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für wieviele Personen kochen Sie?	<input type="text"/>	

2. Wie bereiten Sie Ihre Mahlzeiten zu? (Nicht Zutreffendes bitte auslassen.)

	selten	oft
kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
braten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fritieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dünsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikrowelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse- und Obst-Smoothie (ungekocht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnellkochtopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grill (Gas-, Elektro-, Kontaktgrill)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holzkohlegrill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thermomix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nach Rezepten (aus dem Internet oder einem Kochbuch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochen Sie mit tierischen Fetten? (Butter, Schmalz, Speck, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochen Sie mit Pflanzenfett? (Olivenöl, Rapsöl, Kokosöl, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochen Sie mit Fertigsaucen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Gewürzmischungen oder Fix-Tüten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## IX. Änderungen

---

1. Was möchten Sie an Ihrem Ernährungsverhalten ändern?

Änderungen:	Gewicht abnehmen	<input type="checkbox"/>	Gewicht zunehmen	<input type="checkbox"/>	Muskelaufbau	<input type="checkbox"/>
	anderes Essverhalten	<input type="checkbox"/>	gesünder essen	<input type="checkbox"/>	nichts ändern	<input type="checkbox"/>

## X. Anmerkungen

---

Hier ist Platz für Anmerkungen oder Erläuterungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

Datum

Unterschrift



**GENUSSVOLLWERT**

**Eva-Maria Michnik**

Ernährungsberatung & Heilpflanzenkunde

Zur Schultenwiese 1 · DE - 58313 Herdecke

**(023 30) 97 07 72**

**info@genussvollwert.de**

Zusätzliche Informationen erhalten Sie auf meiner  
Website unter **genussvollwert.de**