

Liebe Therapeutin, lieber Therapeut,

für eine optimale Beratung zu dem Fettsäure-Profil benötigen wir einige ernährungsspezifische Angaben Ihres Patienten. Bitte legen Sie den ausgefüllten Bogen dem Anforderungsbogen bei. Vielen Dank!

Persönliche Daten

Vorname:

Geschlecht: männlich divers
 weiblich

Name:

Geb.-Dat.:

Straße:

Größe:

PLZ, Ort:

Gewicht:

1. Haben Sie Erkrankungen?

nein ja

▶ Wenn ja: welche?

.....
.....

2. Nehmen Sie Medikamente ein?

nein ja

▶ Wenn ja: welche?

.....
.....

3. Blutabnahme nüchtern (mind. 4 Stunden)?

nein ja



4. Substitution von Omega-3-Präparaten aktuell oder in der Vergangenheit?

nein ja

▶ Wenn ja: welche Produkte und in welcher Dosierung?

.....
.....

▶ Substitution vorher abgesetzt?

nein ja

▶ Wie lange (mind. 24 Std., besser 3 Tage)?

.....
.....

5. Welche Ernährungsform verfolgen Sie?

Mischkost Fettarm
 Vegetarisch Kohlenhydratarm
 Vegan
 Sonstige:

6. Wie häufig essen Sie Fleisch (u. Wurstwaren)?

Nie
 Ein- bis zweimal pro Monat
 Ein- bis zweimal pro Woche
 Mehr als zweimal pro Woche
 Täglich

→ Fortsetzung auf der Rückseite

Anamnesebogen

Fettsäure-Profil

7. Welche Fleischsorten essen Sie?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Geflügel | <input type="checkbox"/> Lamm / Schaf |
| <input type="checkbox"/> Rind | <input type="checkbox"/> Ziege |
| <input type="checkbox"/> Schwein | <input type="checkbox"/> Wild |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | |

8. Wie häufig essen Sie Fisch?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> > 2x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Monat | <input type="checkbox"/> Täglich |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | |

9. Welche Sorten an Fisch essen Sie?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lachs | <input type="checkbox"/> Hering |
| <input type="checkbox"/> Alaska-Seelachs | <input type="checkbox"/> Meeresfrüchte |
| <input type="checkbox"/> Thunfisch | <input type="checkbox"/> Backfisch /
Fischstäbchen |
| <input type="checkbox"/> Makrele | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | |

10. Wie häufig essen Sie Eier?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> > 2x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Monat | <input type="checkbox"/> Täglich |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | |

11. Wie häufig essen Sie Milchprodukte?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> > 2x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Monat | <input type="checkbox"/> Täglich |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | |

12. Aus welcher Haltungform stammen Ihre tierischen Produkte?

- Konventionelle Stall- bzw. Bodenhaltung
 Biologische Haltung
 Freiland- bzw. Weidehaltung

13. Welche Fette/Öle verwenden Sie zum Braten/Backen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sonnenblumenöl | <input type="checkbox"/> Kokosöl |
| <input type="checkbox"/> Rapsöl | <input type="checkbox"/> Palmfett |
| <input type="checkbox"/> Olivenöl | <input type="checkbox"/> Sonstige:
..... |
| <input type="checkbox"/> Distelöl | |
| <input type="checkbox"/> Butter /
Butterschmalz | |

14. Welche Fette/Öle verwenden Sie in der kalten Küche?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sonnenblumenöl | <input type="checkbox"/> Palmfett |
| <input type="checkbox"/> Rapsöl | <input type="checkbox"/> Leinöl |
| <input type="checkbox"/> Olivenöl | <input type="checkbox"/> Hanföl |
| <input type="checkbox"/> Distelöl | <input type="checkbox"/> Nachtkerzenöl /
Borrettschamenöl |
| <input type="checkbox"/> Butter | |
| <input type="checkbox"/> Kokosöl | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | |

15. Wie häufig essen Sie Nüsse?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> > 2x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Monat | <input type="checkbox"/> Täglich |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | |

16. Welche Sorten an Nüssen / Samen essen Sie?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mandel | <input type="checkbox"/> Pecannuss |
| <input type="checkbox"/> Cashew | <input type="checkbox"/> Macadamia |
| <input type="checkbox"/> Walnuss | <input type="checkbox"/> Leinsamen |
| <input type="checkbox"/> Haselnuss | <input type="checkbox"/> Chiasamen |
| <input type="checkbox"/> Erdnuss (botan.
Hülsenfrucht) | <input type="checkbox"/> Sonnenblumenkerne |
| <input type="checkbox"/> Paranuss | <input type="checkbox"/> Kürbiskerne |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | |

17. Verwenden Sie vegetarische Ersatzprodukte (Tofu, Sojamilch, Fleischersatz)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> > 2x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Monat | <input type="checkbox"/> Täglich |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | |

Wenn ja, welche?

.....
.....

18. Verwenden Sie Fertigprodukte?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> > 2x pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Monat | <input type="checkbox"/> Täglich |
| <input type="checkbox"/> 1-2x pro Woche | |

Wenn ja, welche?

.....
.....