MEDIZIN & THERAPIE
ADFONTES
IM SCHLOSS RIEDEGG - MÜHLVIERTEL

Liebe Klientin! Lieber Klient!

Ernährung ist Therapie und in vielen Fällen die beste Medizin. Gerne unterstütze ich Sie auf dem Weg zu mehr Gesundheit und Wohlbefinden!
Mir ist es mit diesem Fragebogen möglich, in kurzer Zeit ein ganz auf Ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Programm zu entwickeln. Ich kann dadurch ihren Lebensstil und Ihre Bedürfnisse gleich zu Beginn ein wenig besser einschätzen.

Wichtig: Alle von Ihnen erhaltenen Daten unterliegen der fachinternen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Ersttermin:
- ☐ kurz 1 h ..... EUR 130,–
- ☐ mittel 1,5 h ..... EUR 195,–
- ☐ lang 2 h ..... EUR 260,–

☐ BIA-Messung/kurze Ernährungsinformation 30 min ..... EUR 65,–

Achtung: Können Sie einen vereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnehmen, bitte ich sie dies mindestens 3 Tage vorher mitzuteilen. Bei Nichterscheinen ohne rechtzeitige Abmeldung eines Behandlungtermins fallen Stornogebühren an.

PERSONALIEN:

Familienname Titel		Vorname	
Straße		PLZ / Ort	
Telefonnummer		Geburtsdatum	
E-Mail		Versicherungs-nummer	
Körpergröße (in cm)		Zusatz-versicherung	☐ JA ☐ NEIN

Hausarzt/ Hausärztin		Überweisender Arzt/Ärztin	

Welche Erkrankungen und Diagnosen haben Sie?

Erkrankung / Diagnose: .....

Arzt/Ärztin / Krankenhaus: ..... Datum: .....

Welche Allergien & Unverträglichkeiten haben Sie?

Allergie / Nahrungsmittelunverträglichkeit: .....

Arzt/Ärztin / Krankenhaus: ..... Datum: .....

www.adfontes-medizin.at

ADFONTES Therapie- und Fachärztezentrum, Schloss Riedegg 1, 4211 Alberndorf
KONTAKT: Karin LEITNER: 0650 20 65 602

MEDIZIN & THERAPIE
ADFONTES
IM SCHLOSS RIEDEGG - MÜHLVIERTEL

Welchen Beruf üben Sie aus? .....

Wie oft pro Woche üben Sie eine sportliche Aktivität aus?

☐ Täglich ☐ 1 bis 2 mal wöchentlich ☐ 3 bis 4 mal wöchentlich ☐ selten / nie

Welchen Sport betreiben Sie regelmäßig? .....

Rauchen Sie?

☐ Ja ☐ Nein Ich bin Nichtrauer seit .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und wofür?

☐ Ja ☐ Nein

Name des Medikaments		Zweck	
Name des Medikaments		Zweck	
Name des Medikaments		Zweck	

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungen ein (z.B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate etc.)? Wenn ja, welche und wofür?

☐ Ja ☐ Nein

Name des Nahrungs-ergänzungsmittels		Zweck	
Name des Nahrungs-ergänzungsmittels		Zweck	

Was sind ihre Wünsche?

☐ Körperfettreduktion / Mein Wunschgewichtsbereich ist: ..... kg weniger
☐ Gewichtszunahme / Mein Wunschgewichtsbereich ist: ..... kg mehr
☐ Leistungssteigerung
☐ Verbesserung von Wohlbefinden
☐ Muskelaufbau
☐ Linderung von Beschwerden: .....
☐ Sonstige Ziele: .....

www.adfontes-medizin.at
ADFONTES Therapie- und Fachärztezentrum, Schloss Riedegg 1, 4211 Alberndorf
KONTAKT: Karin LEITNER: 0650 20 65 602

MEDIZIN & THERAPIE
ADFONTES
IM SCHLOSS RIEDEGG - MÜHLVIERTEL

Haushalt: Wie leben Sie?

☐ alleine ☐ mit PartnerIn ☐ mit PartnerIn mit Kindern

☐ Wohngemeinschaft ☐ Sonstiges: .....

Schlafqualität:

☐ Ich schlafe sehr gut und tief und bin am nächsten Tag gut erholt

☐ Ich schlafe schwer ein

☐ Ich habe Schlafstörungen

☐ Ich muss nachts öfters zur Toilette

Ihr Wohlbefinden:

Wie fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen? Bitte ankreuzen!

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

10 = froh und guter Laune, ruhig & entspannt, energisch & aktiv, habe mich beim Aufwachen frisch & ausgeruht gefühlt

Haben Sie Magen-Darm-Beschwerden?

☐ Ja (bitte in der Tabelle ankreuzen) ☐ Nein

	immer	meistens	etwas mehr als 50 % der Zeit	etwas weniger als 50 % der Zeit	ab und zu
Blähbauch (Meteorismus)	☐	☐	☐	☐	☐
Blähungen mit Abgang von Darmgasen (Flatulenz)	☐	☐	☐	☐	☐
Bauchkrämpfe, Bauchschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Sodbrennen, Reflux	☐	☐	☐	☐	☐
Verstopfung	☐	☐	☐	☐	☐
Durchfall	☐	☐	☐	☐	☐
Völlegefühl	☐	☐	☐	☐	☐
Übelkeit	☐	☐	☐	☐	☐

www.adfontes-medizin.at

ADFONTES Therapie- und Fachärztezentrum, Schloss Riedegg 1, 4211 Alberndorf
KONTAKT: Karin LEITNER: 0650 20 65 602

MEDIZIN & THERAPIE
AD FONTES
IM SCHLOSS RIEDEGG - MÜHLVIERTEL

Leiden Sie an Kopfschmerzen?

☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ sehr oft

Mögliche Auslöser der Kopfschmerzen?

☐ zu wenig getrunken ☐ Alkohol ☐ für Frauen (hormonell): kurz vor der Menstruation

Leiden Sie unter Mundtrockenheit – einem trockenen Mund?

☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ sehr oft

Was wäre ihr persönliches Wohlfühlgewicht? ..... kg

Was war ihr Höchstgewicht? ..... kg Im Jahr: .....

Wieviele Diätversuche haben Sie unternommen? .....

Welche Diäten waren das? .....

Gibt es Lebensmittel, die Sie NICHT mögen oder ablehnen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Lebensmittel essen Sie nicht? .....

.....

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie ungefähr täglich? ca. ..... bis ..... Liter

Welche und wieviel Flüssigkeiten trinken Sie täglich?

☐ Wasser	..... Liter/Tag	☐ Fruchtsäfte	..... Glas/Tag
☐ Mineralwasser prickelnd/mild/still	..... Liter/Tag	☐ Limonaden	..... Glas/Tag
☐ Tee	..... Tassen/Tag	☐ Cola, Energy Drinks	..... Drinks/Tag
☐ Kaffee	..... Tassen/Tag	☐ Sportgetränke	..... Drinks/Tag
☐ Light-Getränke	..... Liter/Tag	☐ Verdünnungssaft	..... Liter/Tag

Alkoholkonsum	täglich	wöchentlich	monatlich
☐ Wein	..... Liter	..... Liter	..... Liter
☐ Bier	..... Liter	..... Liter	..... Liter
☐ Wein od. Bier grspr.	..... Liter	..... Liter	..... Liter
☐ Mischgetränke / Schnaps zB. Campari, Aperol, Gin-Tonic	..... Drinks	..... Drinks	..... Drinks

MEDIZIN & THERAPIE
AD FONTES
IM SCHLOSS RIEDEGG - MÜHLVIERTEL

Wenn ich abends spät und viel esse, habe ich am nächsten Tag ...

☐ ... mehr Appetit wie sonst ☐ ... weniger Hungergefühl ☐ ... bemerke ich nichts

Wenn ich frühstücke, habe ich den restlichen Tag ...

☐ ... mehr Appetit wie sonst ☐ ... weniger Hungergefühl ☐ ... bemerke ich nichts

ESSVERHALTEN

Ich esse langsam.	☐ immer	☐ meistens	☐ ab und zu	☐ nie
Ich kaue meine Speisen gut.	☐ immer	☐ meistens	☐ ab und zu	☐ nie
Ich nehme mir Zeit zum Essen.	☐ immer	☐ meistens	☐ ab und zu	☐ nie
Ich genieße mein Essen.	☐ immer	☐ meistens	☐ ab und zu	☐ nie
Ich esse bewusst und ohne Ablenkung (PC, Arbeitsplatz, ...)	☐ immer	☐ meistens	☐ ab und zu	☐ nie

Wann ist gewöhnlich Ihre Hauptmahlzeit? ☐ mittags ☐ abends ☐ unterschiedlich

Mahlzeitenfrequenz: Wie oft essen Sie täglich?

☐ Frühstück + Mittagessen + Abendessen
☐ Frühstück + Mittagessen + Abendessen mit Zwischenmahlzeiten (Vormittag, Nachmittag)
☐ ich lasse manchmal Hauptmahlzeiten aus

Was naschen/snacken Sie am häufigsten? .....

.....

Wie groß sind Ihre Mahlzeiten? (im Vergleich zu anderen)

☐ kleine Portionen ☐ normale Portionen ☐ große Portionen

Wie oft haben Sie Heißhungerattacken?

☐ mehrfach täglich ☐ täglich ☐ mehrfach wöchentlich
☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ nie

MEDIZIN & THERAPIE
AD FONTES
IM SCHLOSS RIEDEGG - MÜHLVIERTEL

Wie oft essen Sie verschiedene Lebensmittel? Bitte ankreuzen.

	mehrmals täglich	täglich	mehrmals pro Woche	ca. 1x pro Woche	mehrmals pro Monat	selten bzw. nie
Getreideprodukte / Kartoffeln						
helles Brot, Schwarzbrot, Weckerl	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vollkornbrot und Vollkornweckerl	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Müsli, Flocken	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vollkornprodukte	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kartoffeln, Nudeln, Reis, Knödeln, ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Milch / Milchprodukte						
Käse mind. 45 % Fett i.T.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Magerkäse max. 30 % Fett i.T.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Milch, Topfen, Joghurt 3,6 % i.T.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Milch, Topfen, Joghurt 1 % i.T.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fleisch / Wurst / Ei / Fisch						
Fleisch	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fettreiche Wurst (Leberwurst, Salami, Speck, Bratwurst, ...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fettarme Wurstsorten (Putenbrust, Schinken, ...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ei (zB. Frühstücksei, Spiegelei, Eierspeise)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fisch, Meeresfrüchte	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Obst / Gemüse						
Gemüse, Salat	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zwiebel, Knoblauch	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hülsenfrüchte (Erbsen, Bohnen, Linsen, Soja, Kichererbsen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zuckerfrei & Spezialprodukte						
Zuckerfreier Kaugummi, Zuckerl	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Brausetabletten, Hustensirup	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Süßes, Süßigkeiten, Schokolade	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Süßes Gebäck, Kuchen, Torte	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Salzige Knabbereien	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fette						
Butter, Magarine	als Streichfett ..... Teelöfel (5 g)			zum Kochen pro Mahlzeit ..... TL		
Öl	für den Salat pro Portion ..... TL			zum Kochen pro Mahlzeit ..... TL		

Info: 1 TL Butter/Öl = 5 g, 1 EL Butter/Öl = 10 g

1 normalgrößer Portionsbutter-Würfel (übliche Gastro-Portion) = 20 g = 4 TL
1 dünner Portionsbutter-Würfel = 10 g = 2 TL

MEDIZIN & THERAPIE
ADFONTES
IM SCHLOSS RIEDEGG - MÜHLVIERTEL

RUND UMS ESSEN

Bereiten Sie ihre Mahlzeit selbst zu? ☐ ja ☐ nein ☐ meistens ☐ andere

Kaufen Sie gerne Lebensmittel ein? ☐ ja ☐ nein

Kochen Sie gerne? ☐ ja ☐ nein

Haben oder hatten Sie eine Essstörung/gestörtes Essverhalten?

☐ ja (Zeitraum: ..... (Essbrechsucht, Magersucht, Essanfälle) ☐ nein

Haben Sie ein schlechtes Gewissen beim Essen?

☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ häufig ☐ sehr oft

Bei welchen Nahrungsmitteln haben Sie ein schlechtes Gewissen?

☐ Obst ☐ Gemüse ☐ Brot, Nudeln, Kartoffeln, Reis, Knödel, Müsli
☐ Käse ☐ Milch und Milchprodukte ☐ Eier ☐ Wurst
☐ Zucker, Süßigkeiten, Schoko, Kuchen, Kekse, Knabbergebäck
☐ Alkohol ☐ süße Getränke ☐ fettreiches Essen

Hat sich bei Ihnen das Essverhalten in den letzten Jahren grundlegend verändert?

☐ ja ☐ nein

Wenn JA, warum? .....

.....

.....

Gab es für die Veränderung einen Auslöser? .....

.....

Sonstige Anmerkungen oder spezielle Fragen zum Thema Ernährung? .....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Zusammenarbeit und ich freue mich auf ein Kennenlernen!
Karin Leitner

www.adfontes-medizin.at

ADFONTES Therapie- und Fachärztezentrum, Schloss Riedegg 1, 4211 Alberndorf
KONTAKT: Karin LEITNER: 0650 20 65 602