

Name und Vorname: _____

Wie würden Sie Ihre bisherigen Essgewohnheiten beschreiben?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gut bürgerlich | <input type="checkbox"/> Vollwertig |
| <input type="checkbox"/> Mediterran | <input type="checkbox"/> Vegetarisch |
| <input type="checkbox"/> Vegan | <input type="checkbox"/> Laktosefrei |
| <input type="checkbox"/> Glutenfrei | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |

Allergien

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hülsenfrüchte | <input type="checkbox"/> Gewürze |
| <input type="checkbox"/> Getreide | <input type="checkbox"/> Nüsse |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

Haben Sie besondere Vorlieben oder Abneigungen? (Z. B. Getränke, Fleisch, Fisch)

Vorlieben

- _____
- _____

Abneigungen

- _____
- _____

Bevorzugte Getränke zu den Mahlzeiten

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Frühstück: _____ | <input type="checkbox"/> Mittagessen: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nachmittag: _____ | <input type="checkbox"/> Abendessen: _____ |

Welche Gewohnheiten pflegen Sie bei Ihren Mahlzeiten?

Regelmäßig

Unregelmäßig

Frühstück:	_____	_____
Mittagessen:	_____	_____
Nachmittag:	_____	_____
Abendessen:	_____	_____

Um wie viel Uhr nehmen Sie Ihre Mahlzeiten ein?

- Morgens: _____ Mittags: _____ Abends: _____
- Zusatznahrung? Welcher Art? Wie viel Kalorien? _____

Gewicht

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> War untergewichtig | <input type="checkbox"/> War immer schlank |
| <input type="checkbox"/> War normalgewichtig | <input type="checkbox"/> War übergewichtig |
| <input type="checkbox"/> War fettleibig | |

Dieser Bogen wurde von _____ am _____ ausgefüllt.