

Ernährungsmedizinische Sprechstunde

Fragebogen

Für die Anmeldung in unserer ernährungsmedizinischen Sprechstunde bitten wir Sie, die untenstehenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. So erhalten wir wertvolle Informationen über Sie und können Sie bereits ab der ersten Konsultation individuell und zielgerichtet beraten und behandeln. Zusätzlich gewinnen wir Zeit für das persönliche Gespräch in unserer Sprechstunde.

Nach Eingang des ausgefüllten Fragebogens, **der Voraussetzung ist, um einen Termin in unserer Sprechstunde zu erhalten**, werden wir Sie baldmöglichst für eine Terminvereinbarung kontaktieren.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an folgende Adresse:

**TUM Campus im Olympiapark
Ambulanz für Präventive Stoffwechsel- und Ernährungsmedizin
Institut für Klinische Ernährungsmedizin
Am Olympiapark 11
D-80809 München**

Aus Datenschutzgründen bitte kein Versand per E-Mail!

Persönliche Angaben

Name Vorname

Geburtsdatum Geschlecht

Nationalität

Straße PLZ/Ort

Telefon privat/tagsüber erreichbar

Telefon mobil E-Mail

Krankenkasse

gesetzlich

privat

Selbstzahler/in

Hausärztin/Hausarzt _____

Zuweisende Ärztin/Arzt _____

Andere Ärztinnen/Ärzte _____

Berufliche Situation

aktuell berufstätig: Arbeitszeit _____ Stunden/Woche,

Beruf _____ Schichtarbeit/Nachtarbeit? _____

aktuell krankgeschrieben

erwerbsunfähig/dienstunfähig zu _____%

Schwerbehinderung zu _____%

arbeitssuchend

in Rente/Pension

Studium

Familiäre Situation

Ich lebe mit einer (Ehe-)Partnerin /einem (Ehe-) Partner zusammen

Ich lebe allein

Ich habe Kinder: Anzahl _____, Alter der Kinder _____

Ich lebe im Haushalt meiner Eltern _____

Das Kind/die Kinder leben in meinem Haushalt _____

Meine Fragen/Das möchte ich besprechen:

Notieren Sie hier bitte Ihre Fragen und Themen, die Sie in der Sprechstunde besprechen möchten.

Gewicht

Körpergröße in cm _____ Gewicht (aktuell) in kg _____ (BMI _____ kg/m²)*
*wird von uns berechnet

Hatten Sie schon mal Gewichtsprobleme? ja nein

Wenn ja, welche?

(Übergewicht, Untergewicht, Rauchstopp, Schwangerschaft, Wechseljahre, Berufsbeginn, Stellenwechsel, Unfall, Schmerzen etc.)

Persönliche Ziele und Wünsche

Wer hatte die Idee, dass Sie zu uns in die Sprechstunde zu kommen?

Was wünschen Sie sich und was soll für Sie durch die Sprechstunde erreicht werden?

Bewegungsverhalten

Ich bewege mich

täglich mehrmals pro Woche kaum

ich kann mich nicht bewegen, weil

Alltagsaktivitäten

(welche Aktivität und ungefähre Dauer/Tag: Arbeitsweg zu Fuss oder mit dem Fahrrad? Hundespaziergänge, Gartenarbeit etc.)

Sportliche Aktivitäten

(welche Sportart und ungefähre Dauer/Tag: Wandern, Biken, Walken, Joggen, Schwimmen, Fitness, Pilates, Krafttraining etc.)

Fragen zu Ihren Ess- und Trinkgewohnheiten (an einem typischen Tag)

Erste Mahlzeit nach dem Aufstehen (Frühstück): _____ Uhrzeit

jeden Tag 4-6x/Woche 1-3x/Woche 0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (z.B. zuhause: 2 Tassen Kaffee mit Kaffeesahne, 2 Brötchen, ca. 20 g Butter, 1 Esslöffel Konfitüre etc.)

Im Laufe des Vormittags: _____ Uhrzeit

jeden Tag 4-6x/Woche 1-3x/Woche 0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (zuhause oder bei der Arbeit: z.B. 2 Bonbons, 1 Stück Obst, 1 gezuckertes Joghurt etc.)

Am Mittag/Mittagessen: _____ Uhrzeit

jeden Tag 4-6x/Woche 1-3x/Woche 0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (zuhause, Kantine, Restaurant: z.B. Menü mit Dessert und Suppe, Reste vom Vortag etc.)

Im Laufe des Nachmittags: _____ Uhrzeit

jeden Tag 4-6x/Woche 1-3x/Woche 0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (zuhause, bei der Arbeit: z.B. 1 Stück. Kuchen, 3 Bonbons, 1 Frucht, 1 zuckerreduziertes Joghurt etc.)

Am Abend/Abendessen: _____ **Uhrzeit**

- jeden Tag 4-6x/Woche 1-3x/Woche 0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (zu Hause: z.B. 3-4 Scheiben Vollkornbrot, 2 Scheiben Bergkäse, 4 Scheiben Salami, kleiner Salat, 1 Schokopudding etc.)

Im Laufe des Abends/Spätimbiss: _____ **Uhrzeit**

- jeden Tag 4-6x/Woche 1-3x/Woche 0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (zu Hause, vor dem TV: z.B. 1 Handvoll Salzstangen oder Salznüsse, 2 Riegel Schokolade etc.)

In der Nacht: _____ **Uhrzeit**

- jeden Tag 4-6x/Woche 1-3x/Woche 0-1x/Woche

Welche Speisen? Wie viel? An welchem Ort? (vor dem Kühlschrank: z.B. 2 Scheiben Mischbrot, 60 g Emmentaler Käse etc.)

Wie häufig wird bei Ihnen gekocht:

- selten oder nie 1-2x/Woche 3-4x/Woche fast täglich täglich

Wer kocht? _____

Was und wie viel trinken Sie insgesamt pro Tag?

_____ ml Wasser, Mineralwasser, ungezuckerten Früchte-/Kräutertee

_____ ml gezuckerte Süßgetränke (z.B. Cola, Eistee, Limo, Energydrinks etc.)

_____ ml Fruchtsaft

_____ ml künstlich gesüßte Süßgetränke (z.B. Cola zero, Eistee light, Light-Limo etc.)

_____ ml Kaffee/Schwarztee mit Zucker ohne Zucker

_____ ml Milch z. B. im Kaffee, Kakao, Tee

andere Getränke _____

Spüren Sie Hunger

ja manchmal nie

Spüren Sie Sättigung?

nein nein, aber ich versuche, bewusst aufzuhören

ja, und ich esse weiter ja, und ich höre auf

Essen Sie häufig zwischen den Mahlzeiten (Naschen/Snacken)?

ja manchmal nein _____

Essen Sie tagsüber meist wenig, dafür viel am Abend?

ja manchmal nein _____

Essen Sie auch nachts?

nein ja Wenn ja, welche Speisen und wieviel? Wie oft?

Essen Sie täglich größere Mengen Süßigkeiten, Desserts oder salzige Snacks?

ja manchmal nein _____

Essen Sie meist schneller als andere Personen?

ja manchmal nein _____

Haben Sie negative Emotionen/Gefühle, wenn Sie mehr oder anderes essen, als Sie sich vorgenommen haben?"

nein manchmal Ja → Wenn ja, welche? _____

Alkoholkonsum:

Konsumieren Sie Alkohol?

nein ja Wenn ja, wie häufig und in welcher Menge konsumieren Sie folgende alkoholhaltige Getränke?

Wein: _____ ml selten _____ – mal pro Woche täglich

Bier: _____ ml selten _____ – mal pro Woche täglich

Spirituosen: _____ ml selten _____ – mal pro Woche täglich

Andere alkoholhaltige Getränke (z. B. Mischgetränke, Cocktails):

_____ ml selten _____ – mal pro Woche täglich

Rauch- und Nikotinverhalten:

Rauchen oder konsumieren Sie derzeit Nikotinprodukte?

Nein Ja - wenn ja, wie häufig und in welcher Menge?

Zigaretten: selten ca. _____ Stück/Woche täglich ca. _____ Stück, seit: _____

E-Zigaretten: selten ca. _____ /Woche täglich ca. _____ Stück, seit: _____

sonstige Nikotinprodukte (Shisha/Nikotinkaugummi/Pfeife etc.) _____

selten ca. _____ /Woche täglich ca. _____ seit: _____

Haben Sie früher geraucht oder Nikotinprodukte konsumiert?

Nein selten Ja, regelmäßig, wenn ja, bitte ankreuzen/ausfüllen:

Zigaretten: _____ Stück/Tag von _____ bis _____

E-Zigaretten _____ /Tag von _____ bis _____

sonstige Nikotinprodukte (Shisha etc.) _____

_____ /Tag von _____ bis _____

Gesundheitliche Vorgeschichte

Allergien und Unverträglichkeiten

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Z.B. Medikamente, Heuschnupfen, Laktoseunverträglichkeit, Lebensmittelallergien/-unverträglichkeiten)

Fragen zu Ihrer Tagesmüdigkeit - Epworth-Skala

Wie oft passiert es, dass Sie in den folgenden Situationen einnicken oder einschlafen?

Wenn Sie gewisse Situationen nicht erlebt haben, dann versuchen Sie bitte, sich vorzustellen, wie es Ihnen dabei ergangen wäre. Bitte geben Sie **für jeden untenstehenden** Punkt die Häufigkeit an:

nie = 0 selten = 1 gelegentlich = 2 oft = 3.

beim Lesen

Punkte _____

beim Hinlegen nachmittags

Punkte _____

beim Fernsehen

Punkte _____

beim Sprechen (sitzend)

Punkte _____

im Theater (im Publikum)

Punkte _____

beim Sitzen nach dem Essen (ohne Alkohol)

Punkte _____

als Beifahrer im Auto (>1 Std.)

Punkte _____

beim Autofahren/Anhalten (vor Rotlicht)

Punkte _____

Gesamtpunktzahl (0-24 Punkte): _____

Aktuelle Beschwerden/Symptome

Hinweis: Einige Gesundheitsangaben wie z. B. Bluthochdruck, Diabetes oder Gicht betreffen sowohl aktuelle Beschwerden als auch Ihre allgemeine Krankengeschichte. Bitte füllen Sie beide Abschnitte entsprechend aus, sofern zutreffend.

*Wenn medikamentös behandelt, bitte in Tabelle auf Seite 11 eintragen!

Beschwerden / Symptome		Seit wann	Medikamentös behandelt?*	Bemerkung
Sodbrennen / saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Gallensteine	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Urinabgang beim Husten/Niesen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Rückenschmerzen (welcher Bereich?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Gelenkschmerzen/Arthrose (welche Gelenke?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Hautentzündungen in Hautfalten (wo? Brust, Bauch?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Hoher Blutzucker / Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Hohe Blutfettwerte / Cholesterin	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Gicht	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Übermäßiger Haarwuch (wo? Gesicht, Brust ...?)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Verstärktes Schwitzen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Zyklusstörungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Hoher Blutdruck / Hypertonie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Enge in der Brust / Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Geschwollene Knöchel / Ödeme	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	

Beschwerden / Symptome		Seit wann	Medikamentös behandelt?*	Bemerkung
Krampfadern / Veneninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Eingeschränkte Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Kurzatmigkeit / Luftnot	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja*	
Schnarchen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Nächtliche Atemaussetzer (beobachtet)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
CPAP-Gerät (Atemmaske) in Verwendung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			

Allgemeine Krankengeschichte

Wurde bei Ihnen schon eine Krankheit diagnostiziert? (Thrombose, Lungenembolie, Herzkrankheit, Lungenkrankheit, Krebs, Darmentzündung etc.) oder **hatten Sie eine schwierige Schwangerschaft?**

Jahr	Welche Krankheit?	Wo und durch wen behandelt?

Wurden Sie bereits operiert? (z. B. Mandeln, Blinddarm, Gallenblase, Gebärmutter, Gelenke, Krampfadern etc.)

Jahr	Welche Operation?	Wo durchgeführt?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Vitaminpräparate ein?

(verordnete oder selbst gekaufte)

Name des Präparat?	Dosis	Tablett, Brausetabletten, Pflaster etc.	Dosierung
Zum Beispiel: Vitamin D	1000 i. E.	Tabletten	0-0-1

Schwierigkeiten bei der Blutzuckerregulation

Bei gewissen Menschen können im Rahmen der Nahrungsaufnahme Beschwerden auftreten. Diese können sehr unterschiedlich sein, treten jedoch meistens im Abstand von circa 1-3 Stunden nach dem Essen auf. Man bezeichnet dies als **postprandiale Hypoglykämie**.

Ursache dafür ist eine Unterzuckerung nach dem Essen. Normalerweise steigt nach dem Essen der Blutzuckerspiegel an und der Körper schüttet sofort ausreichend Insulin aus, um die Glukose (Traubenzucker) aus dem Blut in die Zellen zu transportieren und damit den Blutzucker zu senken.

Bei Betroffenen funktioniert das nicht richtig. Die Insulinausschüttung ist verspätet oder zu stark, sodass nach dem Essen der Blutzucker ansteigt, dann aber zu stark abfällt und es zu den unten abgefragten Beschwerden kommt. Vor allem Patienten mit Adipositas oder Prädiabetes, einer Vorstufe des Diabetes mit bereits erhöhten Blutzuckerwerten, sind öfter von diesem Problem betroffen.

Verspüren sie häufiger Beschwerden, welche im Zusammenhang mit dem Essen (typischerweise 1-3 Stunden danach) auftreten?

nein ja

Falls ja, kreuzen sie bitte die zutreffenden Symptome an:

Schwitzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzrasen/ -klopfen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Zittern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
(Heiß-) Hunger	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Schwindel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Untypisches/abnormales Verhalten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sprachstörungen/ -schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Koordinationsstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Übelkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
starke Müdigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Andere regelmäßig auftretende Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein	Welche?

Vielen Dank für Ihre Angaben. Wir freuen uns, Sie bald bei uns begrüßen zu dürfen!