

**Dr. med. Birgit Schilling-Maßmann** 49545 Tecklenburg, Ostlandweg 4

Fachärztin für Allgemeinmedizin Tel.: 05481/93990

und Ernährungsmedizin FAX: 05481/939929

E-Mail: [info@praxis-leeden.de](mailto:info@praxis-leeden.de)

[www.adipositaszentrum.praxis-leeden.de](http://www.adipositaszentrum.praxis-leeden.de/)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name:** |  |
| **Telefonnummer:** |  |



***PATIENTENINFORMATION***

## ZUR VORBEREITUNG AUF DIE ERSTVORSTELLUNG IN DER ADIPOSITASSPRECHSTUNDE

1. Info-Bogen
2. Angaben zur Person
3. Datenschutzvereinbarung
4. Motivationsfragebogen
5. Allgemeine und Familien-Vorgeschichte
6. Gewichtsvorgeschichte
7. Fragen zum Lebensstil
8. Fragen zum Essverhalten
9. Fragebogen zur Lebensqualität
10. Tagesprotokoll - ggf. APP-Nutzung (siehe Seite 2)
11. Bewegungsprotokoll
12. Ernährungsprotokoll
13. Fragebogen zum Schnarchen und zur Tagesmüdigkeit

**Patienteninformation**

###### Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin!

Sie möchten sich in meiner Sprechstunde zur Übergewichtsbehandlung vorstellen.

Als Ernährungsmedizinerin bin ich daran interessiert, Ihnen auf dem Weg zu einer *dauerhaft gesünderen Lebensweise* zu helfen.

Bei der modernen Adipositasbehandlung geht es um die Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität und nicht nur um eine reine Gewichtsreduktion.

Um gezielt beraten zu können, benötige ich vorab einige Informationen von Ihnen.

Daher möchte ich Sie bitten, die beigefügten Fragebögen gewissenhaft und vollständig auszufüllen und ***unbedingt vor*** der Erstvorstellung zurückzuschicken. Sie können sich ihn ausdrucken und ihn dann in aller Ruhe ausfüllen oder aber die pdf-Datei befüllen. Diese recht umfangreichen Infos erleichtern mir unser Erstgespräch, für das ich entsprechend vorbereitet sein möchte.

###### Bitte beachten Sie:

|  |
| --- |
| **Ohne diese Unterlagen ist eine Vorstellung nicht zielbringend  und wird daher von uns nicht durchgeführt! Unvollständig ausgefüllte Fragebögen werden nicht bearbeitet!!** |

**WICHTIG:** Der lange Fragebogen beinhaltet zwei verschiedenen Formen von Essprotokollen.   
Unser Tipp: Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt – der Versuch, sich abends an das Gegessene und Getrunkene vollständig zu erinnern, wird scheitern.

Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende in die Strichliste. Das Formular   
„Meine Tagesübersicht“ dient als Kopiervorlage für Sie.

###### ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen *nicht* das Strichlistenprotokoll.

Alternativ zur Strichliste können Sie zum Führen Ihres Ernährungsprotokolls verschiedene **APPs** nutzen, über die Sie im Vorfeld die Analyse laufen lassen können (z. B. FDDB, kalorien.de, Yazio,   
myfitnessPal). Die Auswertung legen Sie Ihren Unterlagen bitte bei. Dabei achten Sie bitte darauf, dass Sie die gesamte Analyse und nicht nur die reine Kalorienzufuhr ausdrucken.

###### Sollten bei Ihnen in den letzten 6 Monaten Labor- oder EKG-Untersuchungen vorgenommen worden sein, so besorgen Sie bitte vorab eine Befundkopie bei Ihrem Hausarzt.

Nach Eingang der ausgefüllten Fragebögen in meiner Praxis vereinbart mein Team mit Ihnen telefonisch einen Termin zur Erstvorstellung innerhalb der kommenden Wochen. Bitte notieren Sie daher eine   
Telefonnummer, unter der Sie *gut* erreichbar sind.

Der erste Sprechstundentermin dient der Einschätzung, Einleitung und Steuerung der sich   
anschließenden Adipositas-Therapie.

Auch bei Wunsch nach chirurgischer Therapie ist zunächst eine Vorstellung in dieser Sprechstunde   
notwendig.

Die wissenschaftlich fundierte Therapie der Adipositas besteht aus mehreren Säulen:

* Basistherapie: Ernährungstherapie, Bewegungstherapie
* Im Einzelfall Vermittlung zur verhaltenspsychologischen Unterstützung und
* ggfs. medikamentöse Therapie sowie
* ab BMI >35 kg/m2 ***+*** Begleiterkrankungen bzw. ab BMI >40 kg/m2 ggfs. chirurgische Therapie   
  (gemäß EOSS)

Eine Umstellung der Ernährung und die Steigerung der Bewegung stellen die Basis jeder Übergewichtsbehandlung dar und sind zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Behandlung bei jedem Patienten erforderlich. Auch der langfristige Erfolg der chirurgischen Therapie hängt von der Vermeidung einer Mangelernährung und der Verhinderung eines zu hohen Muskelverlustes ab.

Die meisten gesetzlichen Krankenkassen unterstützen in unterschiedlicher Art und Weise Therapiekonzepte zur Ernährung/Bewegung nach dem §43 SGB V und die Verordnung von REHA-Sport. Die Höhe der anteiligen Kostenübernahme ist jedoch sehr verschieden.

Die in meiner Schwerpunktpraxis konkret angebotenen Maßnahmen sehen wie folgt aus:

1. Ausführliches Anamnesegespräch über Ihre aktuellen Probleme in Bezug auf die Ernährung und Ihre Vorgeschichte anhand der vorab zugesendeten Unterlagen
2. Ermittlung der biometrischen Daten und ggfs. Risikofaktoren (Labor/EKG)
3. Bestimmung der Körperzusammensetzung anhand BIA-Messung (gehört zu jeder Untersuchung,   
   Kosten 20,- €) - zur Sicherung eines hohen Behandlungsstandard zwingend erforderlich
4. Analyse Ihres aktuellen Essverhaltens anhand von Essprotokoll und Tagesplänen durch unsere Diätassistentin\*
5. Erstellung eines Therapieplanes im ernährungstherapeutischen Team
6. Verordnung von Ernährungstherapie zur fundierten Ernährungsberatung als Einzelberatung oder  
   ggf. in Gruppenkursen\*
7. Indikationsstellung und Gutachtenerstellung (kostenpflichtig) für Menschen, bei denen eine operative   
   Adipositasbehandlung medizinisch sinnvoll ist.

Zu \*: Bei entsprechender Indikationsstellung erhalten Sie eine ärztliche Verordnung für Ernährungstherapie sowie einen Kostenvoranschlag, den Sie bei Ihrer Krankenkasse einreichen müssen, um dort eine anteilige Kostenerstattung zu beantragen.

Was ich Ihnen sicherlich nicht bieten kann, ist eine kurzfristige Lösung Ihres oft jahrzehntelangen Leidensweges. Nur eine lebenslängliche Veränderung Ihres Ess- und Bewegungsverhaltens kann eine dauerhafte Gewichtsreduktion bewirken. Dies gilt auch für Menschen, bei denen aus medizinischen Gründen eine   
zusätzliche Adipositasoperation angestrebt wird.

**Und**: Nur Sie alleine können dies schaffen – unser Team kann Ihnen durch sinnvolle und professionelle   
Behandlungsverfahren Unterstützung geben und Sie dadurch ein Stück auf Ihrem harten und steinigen Weg begleiten.

Ich freue mich auf unser Kennenlernen im Erstgespräch!

Dr. med. Birgit Schilling-Maßmann

***BDEM Erfassungsbogen*** *Adipositas*

***Angaben zur Person***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum** |  | | |
| **Name** |  | | |
| **Geburtsdatum** |  | | |
| **Körpergröße** |  | **Aktuelles Gewicht** |  |
| **Wohnort** |  | | |
|  |  | | |
| **Telefon** |  | | |
| **Handy-Nummer** |  | | |
| **E-Mail-Adresse** |  | | |
| **Krankenkasse** |  | | |
| **Hausarzt** |  | | |
| (mit Adresse + Telefonnummer): |  | | |
|  |  | | |
| **Mitbehandelnde Ärzte** |  | | |
| (mit Adresse + Telefonnummer): |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Waren Sie schon einmal in psychologischer/  psychiatrischer Mitbehandlung: | ja | nein |
| Sind Sie jetzt in psychologischer/  psychiatrischer Mitbehandlung: | ja | nein |

|  |
| --- |
| Psychologisch/psychiatrische Mitbehandlung erfolgte durch (mit Adresse + Telefonnummer): |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Wie sind Sie auf diese Praxis aufmerksam geworden? |
|  |
|  |
|  |

###### Einverständniserklärung gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1 b SGB V

|  |  |
| --- | --- |
| **Ich** |  |
|  | (Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum) |

**erkläre mich einverstanden, dass**

* **die genannte Schwerpunktpraxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei   
  anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren   
  Behandlung anfordert.**
* **die genannte Schwerpunktpraxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.**

**Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft wider-rufen kann.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wohnort, Datum:** |  |
| **Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters:** |  |

|  |
| --- |
| **SCREENING FRAGEN ZU IHRER PERSÖNLICHEN MOTIVATION** |

nach Dr. Dietlinde Nord-Rüdiger

###### Welche Aussage beschreibt Ihre Einstellung zur Gewichtsabnahme am besten?

Ich sehe keinen Anlass, mein Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu verändern.

Ich habe vor in nächster Zeit mein Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu verändern.

Ich habe in den letzten sechs Monaten ab und an einige Änderungen ausprobiert.

Ich ernähre und bewege mich seit mehr als einem halben Jahr konsequent anders als zuvor.

###### Wie wichtig ist Ihnen persönlich die Gewichtsabnahme ausgedrückt in Prozent- zahlen?

unter 50 % = (weniger wichtig)

40 – 60 % = (mittel wichtig)

50 – 70 % = (sehr wichtig)

###### Warum möchten Sie abnehmen?

Weil mein Arzt/Familie/Freund/Chef/Partner mich darauf anspricht.

Weil mir immer bewusster wird, dass es so nicht mehr weitergeht.

###### Was sind Sie bereit dafür zu tun?

Am liebsten würde ich abnehmen ohne meine Lebensgewohnheiten groß umstellen zu müssen

Ich bin bereit meine Lebensgewohnheiten zu ändern, auch wenn es mir nicht leicht fällt

###### Schätzen Sie bitte auf einer Zehnerskala Ihre Bereitschaft ein, dauerhaft Ihre Lebensgewohnheiten umzustellen

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⇨ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | ⇦ |

0= überhaupt nicht bereit 10 = völlig bereit

|  |
| --- |
|  |

Ich „wünsche“ mir folgende Behandlungsmethode:

konservative Adipositastherapie

operative Adipositastherapie

weiß ich nicht

##### Fragen zur allgemeinen Krankengeschichte

|  |
| --- |
| **Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?** |
|  |
|  |
|  |

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| KRANKHEIT | JA, SEIT WANN? | | NEIN | WEISS ICH NICHT |
| Bluthochdruck |  |  |  |  |
| Erhöhte Blutfettwerte |  |  |  |  |
| Erhöhter Harnsäurespiegel/Gicht |  |  |  |  |
| Diabetes/Zuckerkrankheit |  |  |  |  |
| Herzgefäßerkrankung |  |  |  |  |
| Herzinfarkt |  |  |  |  |
| Herzschwäche |  |  |  |  |
| Schlaganfall |  |  |  |  |
| Asthma bronchiale oder chronisch obstruktive Atemwegserkrankung |  |  |  |  |
| Schlaf-Schnarch-Krankheit |  |  |  |  |
| Verengung der Halsgefäße |  |  |  |  |
| Verengung der Beingefäße |  |  |  |  |
| Schilddrüsenerkrankung |  |  |  |  |
| Hormonstörungen |  |  |  |  |
| Nierenerkrankungen/Nierensteine |  |  |  |  |
| Gallensteine (oder OP) |  |  |  |  |
| Entzündliche Darmerkrankungen |  |  |  |  |
| Leberverfettung, -zirrhose |  |  |  |  |
| Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen |  |  |  |  |
| Rheuma/rheumatische Erkrankungen |  |  |  |  |
| Autoimmunerkrankungen |  |  |  |  |
| Krebserkrankungen (welche): |  |  |  |  |
| Aufstoßen |  |  |  |  |
| Entzündung der Speiseröhre |  |  |  |  |
| Entzündung der Magenschleimhaut |  |  |  |  |
| Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür |  |  |  |  |
| **WEITERE:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wurden Sie schon einmal operiert?** | | |
| Organ: |  | Wann? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Schnarchen Sie?\* | ja | nein |
| *wenn ja:* Sind Sie schon deshalb untersucht worden, z. B. im Schlaflabor? | ja | nein |
| Tragen Sie eine Schlafmaske? | ja | nein |
| * Sind Sie schon auf Atempausen aufmerksam gemacht worden? | ja | nein |
| * Sind Sie morgens beim Aufwachen ausgeschlafen und ausgeruht? | ja | nein |
| * Sind Sie tagsüber extrem müde? | ja | nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beschwerden/Probleme beim Wasserlassen | ja | nein |
| Beschwerden beim Stuhlgang | ja | nein |
| Nächtliches Wasserlassen? |  | mal/Nacht |

*Zu\*: Bitte beachten Sie unbedingt den gesonderten Fragebogen zu Schnarchen und Tagesmüdigkeit auf den letzten Seiten!*

##### Nur für Frauen

|  |  |
| --- | --- |
| In welchem Alter 1. Regelblutung? |  |
| Wann war die letzte Regeblutung? |  |
| Wechseljahre in welchem Alter? |  |
| Hormonersatztherapie? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bestand bei Ihnen in der Schwangerschaft ein Schwangerschaftsdiabetes oder eine Präeklampsie/Gestose (Schwangerschaftsvergiftung)? | ja | nein | weiß ich nicht |

|  |  |
| --- | --- |
| Frühere oder aktuelle  Regelblutungsstörungen: |  |

Verhütungsmaßnahmen:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pille | Spirale | Kondom | Sterilisation |

|  |  |
| --- | --- |
| Andere: |  |
| Geburten: |  |

##### Nur für Männer

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Haben Sie |  |  |  |
| eine Erektionsstörung? | ja | nein | weiß ich nicht |
| eine Prostatavergrößerung? | ja | nein | weiß ich nicht |

##### Welche Medikamente (und Insulin) nehmen Sie?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NAME | FRÜH | MITTAGS | ABENDS | ZUR NACHT |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***Fragen zur Familiengeschichte***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | MUTTER | VATER | KINDER - Anzahl - | GESCHWISTER | GROSS-ELTERN | PARTNER |
| **Erkrankungen** | **Bitte ein Kreuz machen für Ja** | | | | | |
| Übergewicht |  |  |  |  |  |  |
| Bluthochdruck |  |  |  |  |  |  |
| Schlaganfall |  |  |  |  |  |  |
| Herzinfarkt |  |  |  |  |  |  |
| Verengung anderer Gefäße/Amputation |  |  |  |  |  |  |
| Nierenerkrankung |  |  |  |  |  |  |
| Altersdemenz |  |  |  |  |  |  |
| Zuckerkrankheit |  |  |  |  |  |  |
| Bösartige Erkrankungen |  |  |  |  |  |  |
| Alter bei Tod/ Ursache |  |  |  |  |  |  |

***Fragen zum Gewichtsverlauf***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Größe |  | cm | | |
| derzeitiges Gewicht |  | kg | | |
| niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht |  | kg | | |
| das war vor |  | < 1 Jahr | | |
|  |  | 2 - 4 Jahren | | |
|  |  | > 5 Jahre | | |
| höchstes (Erwachsenen-) Gewicht |  | kg | | |
| das war vor |  | <1 Jahr | | |
|  |  | 2 - 4 Jahre | | |
|  |  | >5 Jahre | | |
| Meine bisher größte Gewichtsabnahme: |  | kg | im Jahr |  |
| Mein Wunschgewicht liegt bei: |  | kg | | |
| Ich bin aber auch zufrieden, wenn ich  folgendes Gewicht erreiche: |  | kg | | |
| In einem Jahr möchte ich wiegen: |  | kg | | |

###### Wie kontrollieren Sie Ihr Gewicht / Ihre Körperform?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wiegen |  |  | mal/Tag |  |  | mal/Woche |  |  | mal/Monat |
|  |  | eigene Messung des Bauchumfangs | | | | | | | |

Änderung der Kleidergröße  Änderung der Gürtellänge

|  |
| --- |
| Wie hat sich Ihr Gewicht im Laufe Ihres Lebens entwickelt? Beschreiben Sie in Stichpunkten die wesentlichen Phasen Ihres Lebens von der Kindheit bis heute. Mütter beschreiben bitte auch kurz die Gewichtsentwicklung während und nach den Schwangerschaften. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

###### Wie häufig haben Sie bereits Versuche zur Gewichtsreduktion durchgeführt?

|  |  |
| --- | --- |
| Noch nie |  |
| 1 - 5 mal |  |
| 6 - 9 mal |  |
| ≥ 10 mal |  |
| regelmäßig (mind. 2x jährlich) |  |
| halte ständig Diät |  |

**Welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion haben Sie durchgeführt?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Wann? Jahres- angabe | DAUER DER MASSNAHME | GEWICHTS- VERLUST  in kg | WIEDER- ZUNAHME  in kg | Nach welchem Zeitraum? |
| Diäten in Eigenregie\* (Kohlsuppe, Brigitte-Diät etc.): |  |  |  |  |  |
| „Pulverdiät“  BCM/ Redumed etc. |  |  |  |  |  |
| Weight Watchers |  |  |  |  |  |
| Akupunktur/Heilpraktiker |  |  |  |  |  |
| Optifast/Mobilis/DOC Weight |  |  |  |  |  |
| Mit Unterstützung Ihres Arztes  Woraus bestand die Hilfe?\* |  |  |  |  |  |
| Mit Unterstützung einer  Ernährungsfachkraft |  |  |  |  |  |
| Xenical/Reductil |  |  |  |  |  |
| Psychotherapie (ambulant) |  |  |  |  |  |
| Stationäre Kur zum  Abnehmen |  |  |  |  |  |
| Sonstiges: |  |  |  |  |  |

Zu \*: Nutzen Sie ggf. ein Extrablatt!

###### Warum möchten Sie abnehmen?

|  |  |
| --- | --- |
| ● |  |
| ● |  |
| ● |  |
| ● |  |
| ● |  |

##### Fragen zum Lebensstil

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern? | |  | |
| Wie viele Stunden sitzen Sie täglich vor dem Computer? | |  | |
| davon beruflich bedingt: | |  | |
| Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport? | |  | |
| Welchen Sport? |  | | |
|  |  | | |
| Haben Sie Schmerzen bei körperlicher Bewegung? | | ja | nein |
| Wenn ja welche? |  | | |
| Haben Sie Luftnot bei Bewegung? | | ja | nein |
| Schämen Sie sich beim Sport z. B. Schwimmen? | | ja | nein |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Raucher | seit |  |  |  | Zigaretten/Tag |
| Nicht-Raucher |  |  |  |  |  |
| Ex-Raucher | seit |  |  |  |  |
| geraucht über |  |  | Jahre |  | Zigaretten/Tag |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Essen Sie oft außerhalb, z. B. Fast Food Restaurants? | immer | häufig | selten | nie |

Welche alkoholhaltigen Getränke nehmen Sie zu sich?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bier | Wein/Sekt | | | Spirituosen | | | | Cocktails/Alcopops | |
|  |  |  | mal/Woche | |  |  | mal/Monat | | |
| Aus welchen Gründen? | | aus Gründen des Genusses | | | | | | |  |
|  | | aufgrund einer Alltagsgewohnheit | | | | | | |  |
|  | | um abzuspannen | | | | | | |  |
|  | | um von Problemen abgelenkt zu werden | | | | | | |  |
|  | | um schlafen zu können („Schlaftrunk“) | | | | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| verheiratet/in Partnerschaft | geschieden | verwitwet | Single |

Leben Sie alleine oder in häuslicher Gemeinschaft mit anderen?  
   - bitte ankreuen -

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie viele Kinder haben Sie? | | Alter: | |  | | |
| Hauptschule | Gesamtschule | | Realschule | | Gymnasium | Studium |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gelernter Beruf? |  | |
| jetzige Tätigkeit? |  | |
| Schichtarbeit? | ja | nein |

##### Fragen zum Essverhalten

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Haben Sie regelmäßige Essenszeiten? | ja | nein |
| Wie viele Mahlzeiten, inklusive Zwischenmahlzeiten, essen Sie pro Tag? |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie essen Sie? |  | schnell |  | langsam |  | bewusst |
|  |  | Zeitung lesend |  | beim Fernsehen |  | unregelmäßig |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wo essen Sie? |  | im Wohnzimmer | |  | in der Küche |  | bei der Arbeit |
|  |  | unterwegs | |  |  |  |  |
|  |  | Andere Orte: |  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wer kocht bei Ihnen im Haushalt? |  | |
| Wann nehmen Sie die Hauptmahlzeit zu sich? (bitte Uhrzeit eintragen) |  | |
| Sind Sie viel unterwegs und müssen außerhalb Essen? | ja | nein |

|  |
| --- |
| Was essen Sie am liebsten? |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Auf welche reagieren Sie „allergisch“? |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Naschen Sie gern? Wenn ja, was und wann? |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Haben Sie nach dem Essen ein Sättigungsgefühl? | immer | häufig | selten | nie |
| Essen Sie zwischen den Mahlzeiten? | immer | häufig | selten | nie |
| Essen Sie Fast Food? | immer | häufig | selten | nie |
| Essen Sie Süßigkeiten zwischen den Mahlzeiten? | immer | häufig | selten | nie |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stehen Sie nachts auf, um sich etwas zum Essen zu holen? | | ja | nein |
| Bekommen Sie Ess-/ Heißhungerattacken? | | ja | nein |
| Wenn ja, wie oft und wann? |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Was trinken Sie? |  | Mineralwasser |  | Cola, Fanta etc. |  | Fruchtsäfte |
|  |  | Kaffee |  | Tee |  |  |
|  |  | anderes, was? |  | | | |

**Fragebogen zur Lebensqualität**

Quality of Life for Obesity Surgery (QOLOS) Questionnaire (Astrid Müller, Martina de Zwaan et al.

OBES SURG (2018) 28:451 - 463 -DOI 10.1007/s11695-017-2864-6 - Teil 1

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Trifft voll und ganz zu** | **Trifft eher zu** | **Teils-teils** | **Trifft eher nicht zu** | **Trifft nicht zu** |
| 1 | Ich bin fast ständig am Essen von kleinen Snacks. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Ich habe ständig Angst, nicht satt zu werden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Es ist mir unangenehm, meinen Körper zu zeigen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Ich bin mit meinem Aussehen unzufrieden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Ich lehne meinen Körper ab. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Ich verliere häufig die Kontrolle über mein Essverhalten. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Aus Angst vor Blicken oder Kommentaren von Anderen vermeide ich viele Aktivitäten. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Aufgrund meines äußeren Erscheinungsbildes habe ich Schwierigkeiten, einen Partner/eine Partnerin zu finden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | In meiner Partnerschaft erfahre ich genügend Unterstützung. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Ich habe genügend positive Aktivitäten in meinem Alltag. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Ich kann problemlos vom Boden oder von Sitzgelegenheiten aufstehen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Ich habe das Gefühl, aktiv am Leben teilzunehmen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Meine körperlichen Erkrankungen beeinträchtigen mich in meinem Alltag. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Ich habe genug Energie, um meinen Alltag bewältigen zu können. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Gelegentlich esse ich in einer kurzen Zeit viel mehr als für mich normal wäre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Ich kann Essen genießen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Aufgrund meines Aussehens finde ich keine Arbeitsstelle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | In meiner Familie fühle ich mich geliebt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Meine Gedanken kreisen ständig um die Themen Essen und Gewicht. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Es belastet mich, keinen festen Partner/keine feste Partnerin zu haben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | In meiner Familie erfahre ich genügend Unterstützung. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Sobald ich Probleme oder Stress habe, esse ich zu viel. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Mich alleine an- und auszuziehen gelingt mir mühelos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Ich esse oft heimlich. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Ich schäme mich für meinen Körper. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | Meine Schmerzen behindern mich bei vielen Aktivitäten. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | In meiner Familie erfahre ich ausreichend Wertschätzung. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | Das Einzige was mich tröstet, ist Essen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | Ich esse oft weiter, obwohl sich mein Magen bereits voll anfühlt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 | Ich mache mir Sorgen um meine finanzielle Situation. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 | Mein Aussehen behindert meine berufliche Entwicklung. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 | Ich erlebe Schwierigkeiten bei der Körperpflege. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 | Bei der Haushaltsführung bin ich auf Hilfe angewiesen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34 | Ich fühle mich in meinem Körper wohl. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35 | Aufgrund meiner Schmerzen bin ich nicht leistungsfähig genug. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36 | Aufgrund meines Aussehens habe ich viele Nachteile im Alltag. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |
| --- |
| BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN  WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!  **Unser Tipp:**  Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl  für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt.  Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste.  **ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.** |

# Meine Tagesübersicht

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NAME:** |  | Geburtsdatum: |  |
| Datum: |  | Wochentag: | Montag |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mahlzeit** | **Ich habe gegessen** | **Ich habe getrunken** |
|  |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sport:** |  | **JA** (welche Sportart und wie lange): |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **NEIN** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Besonderheiten an diesem Tag:** |  |
| (z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier) |  |

|  |
| --- |
| BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN  WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!  **Unser Tipp:**  Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl  für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt.  Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste.  **ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.** |

# Meine Tagesübersicht

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NAME:** |  | Geburtsdatum: |  |
| Datum: |  | Wochentag: | Dienstag |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mahlzeit** | **Ich habe gegessen** | **Ich habe getrunken** |
|  |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sport:** |  | **JA** (welche Sportart und wie lange): |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **NEIN** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Besonderheiten an diesem Tag:** |  |
| (z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier) |  |

|  |
| --- |
| BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN  WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!  **Unser Tipp:**  Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl  für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt.  Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste.  **ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.** |

# Meine Tagesübersicht

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NAME:** |  | Geburtsdatum: |  |
| Datum: |  | Wochentag: | Mittwoch |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mahlzeit** | **Ich habe gegessen** | **Ich habe getrunken** |
|  |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sport:** |  | **JA** (welche Sportart und wie lange): |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **NEIN** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Besonderheiten an diesem Tag:** |  |
| (z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier) |  |

|  |
| --- |
| BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN  WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!  **Unser Tipp:**  Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl  für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt.  Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste.  **ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.** |

# Meine Tagesübersicht

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NAME:** |  | Geburtsdatum: |  |
| Datum: |  | Wochentag: | Donnerstag |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mahlzeit** | **Ich habe gegessen** | **Ich habe getrunken** |
|  |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sport:** |  | **JA** (welche Sportart und wie lange): |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **NEIN** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Besonderheiten an diesem Tag:** |  |
| (z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier) |  |

|  |
| --- |
| BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN  WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!  **Unser Tipp:**  Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl  für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt.  Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste.  **ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.** |

# Meine Tagesübersicht

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NAME:** |  | Geburtsdatum: |  |
| Datum: |  | Wochentag: | Freitag |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mahlzeit** | **Ich habe gegessen** | **Ich habe getrunken** |
|  |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sport:** |  | **JA** (welche Sportart und wie lange): |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **NEIN** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Besonderheiten an diesem Tag:** |  |
| (z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier) |  |

|  |
| --- |
| BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN  WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!  **Unser Tipp:**  Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl  für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt.  Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste.  **ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.** |

# Meine Tagesübersicht

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NAME:** |  | Geburtsdatum: |  |
| Datum: |  | Wochentag: | Samstag |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mahlzeit** | **Ich habe gegessen** | **Ich habe getrunken** |
|  |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sport:** |  | **JA** (welche Sportart und wie lange): |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **NEIN** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Besonderheiten an diesem Tag:** |  |
| (z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier) |  |

|  |
| --- |
| BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN  WICHTIG: Bitte Mengen angeben und in die Strichliste übertragen!  **Unser Tipp:**  Führen Sie erst für 7 Tage die Tagespläne. Dafür wiegen Sie bitte die Lebensmittel anfangs ab, um ein Gefühl  für die angegebenen Mengen zu bekommen. Ansonsten essen Sie bitte wie immer. Notieren Sie dies direkt.  Nach dem Führen der Tagespläne übertragen Sie diese am Ende der Woche in die Strichliste.  **ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll.** |

# Meine Tagesübersicht

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NAME:** |  | Geburtsdatum: |  |
| Datum: |  | Wochentag: | Sonntag |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mahlzeit** | **Ich habe gegessen** | **Ich habe getrunken** |
|  |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |
| Uhr |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sport:** |  | **JA** (welche Sportart und wie lange): |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **NEIN** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Besonderheiten an diesem Tag:** |  |
| (z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier) |  |

*Bewegungstagebuch*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TAG** | WIE WAR DER ALLTAG? | WIE HABEN SIE SICH BEWEGT? | HABEN SIE SPORT  BETRIEBEN? | MEIN  HEUTIGES BEFINDEN | EIGENE  BEMERKUNGEN |
| **MO** | meist sitzend | zu Fuß | nein |      |  |
| viel gelaufen | mit dem Fahrrad | ja, Art/Dauer: |
| stehend | Bus & Bahn |  |
| bewegungsarm | Auto |  |
| arbeitsintensiv | Rolltreppe/ Lift |  |
|  |  |  |
| **DI** | meist sitzend | zu Fuß | nein |      |  |
| viel gelaufen | mit dem Fahrrad | ja, Art/Dauer: |
| stehend | Bus & Bahn |  |
| bewegungsarm | Auto |  |
| arbeitsintensiv | Rolltreppe/ Lift |  |
|  |  |  |
| **MI** | meist sitzend | zu Fuß | nein |      |  |
| viel gelaufen | mit dem Fahrrad | ja, Art/Dauer: |
| stehend | Bus & Bahn |  |
| bewegungsarm | Auto |  |
| arbeitsintensiv | Rolltreppe/ Lift |  |
|  |  |  |
| **DO** | meist sitzend | zu Fuß | nein |      |  |
| viel gelaufen | mit dem Fahrrad | ja, Art/Dauer: |
| stehend | Bus & Bahn |  |
| bewegungsarm | Auto |  |
| arbeitsintensiv | Rolltreppe/ Lift |  |
|  |  |  |

*Bewegungstagebuch*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TAG** | WIE WAR DER ALLTAG? | WIE HABEN SIE SICH BEWEGT? | HABEN SIE SPORT  BETRIEBEN? | MEIN  HEUTIGES BEFINDEN | EIGENE  BEMERKUNGEN |
| **FR** | meist sitzend | zu Fuß | nein |      |  |
| viel gelaufen | mit dem Fahrrad | ja, Art/Dauer: |
| stehend | Bus & Bahn |  |
| bewegungsarm | Auto |  |
| arbeitsintensiv | Rolltreppe/ Lift |  |
|  |  |  |
| **SA** | meist sitzend | zu Fuß | nein |      |  |
| viel gelaufen | mit dem Fahrrad | ja, Art/Dauer: |
| stehend | Bus & Bahn |  |
| bewegungsarm | Auto |  |
| arbeitsintensiv | Rolltreppe/ Lift |  |
|  |  |  |
| **SO** | meist sitzend | zu Fuß | nein |      |  |
| viel gelaufen | mit dem Fahrrad | ja, Art/Dauer: |
| stehend | Bus & Bahn |  |
| bewegungsarm | Auto |  |
| arbeitsintensiv | Rolltreppe/ Lift |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Bitte beschreiben Sie den Ablauf eines typischen Wochenendes: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |



**Dr. med. Birgit Schilling-Maßmann**

**ERNÄHRUNGSPROTOKOLL**

### kann ersetzt werden durch APP-Auswertung

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: |  | |
| Adresse: |  | |
|  |  | |
| Alter: |  | Jahre |
| Größe: |  | cm |
| Gewicht zu Beginn: |  | kg |
| Gewicht am Ende: |  | kg |
| Protokolltage: |  |  |

|  |
| --- |
|  |

**Beachten Sie bitte beim Ausfüllen:**

1. Nehmen Sie Ihr Ernährungsprotokoll überall mit hin. Notieren Sie bitte alles. Auch z. B. Nüsse, Bonbons und Snacks beim Fernsehen.
2. Versuchen Sie während dieser Woche nicht abzunehmen, aber auch nicht zuzunehmen.
3. Machen Sie jeweils einen Strich für die angegebene   
   Portionsmenge.
4. Die Bezeichnung „Tasse“ ist ein Maß für die Menge, die in eine normale Kaffeetasse passt (s.u.).
5. Ändern Sie die Mengenbezeichnungen nicht.
6. Geben Sie Ihr Gewicht vor und nach der Woche an.
7. Nach sieben Tagen zählen Sie bitte Ihre Strichlisten zusammen und tragen in die entsprechenden Kästchen die Summe ein
8. Mengenerläuterung:

1 Esslöffel (EL) = 15 ml  
1 Teelöffel (TL) = 5 ml  
1 Tasse (s.o.) = 125 ml

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Brot** | | | | |
|  | **Lebensmittel** | **Anzahl** | **Summe** | **Kücheneinheit** |
|  | Graubrot |  |  | Scheibe 40,0 g |
|  | Weißbrot, Toast |  |  | Scheibe 25,0 g |
|  | 1/2 Brötchen |  |  | Stück 25,0 g |
|  | 1/2 Vollkornbrötchen |  |  | Stück 30,0 g |
|  | Vollkornbrot |  |  | Scheibe 45,0 g |
|  | Croissant |  |  | Stück 40,0 g |
|  | Knäcke, Zwieback |  |  | Scheibe 10,0 g |
|  |  |  |  |  |
| **Brotbelag** | | | | |
|  | Butter |  |  | Teelöffel 5,00 g |
|  | Margarine |  |  | Teelöffel 5,00 g |
|  | Butter/Margarine halbfett |  |  | Teelöffel 5,00 g |
|  | Wurst (Schinkenwurst, Mettwurst, Leberwurst) |  |  | Portion 25,0 g |
|  | Fettarme Wurst  (Kochschinken, Corned Beef, Geflügelwurst, ...) |  |  | Portion 25,0 g |
|  | Schinken roh |  |  | Portion 15,0 g |
|  | Salami |  |  | Scheibe 30,0 g |
|  | Käse unter 20%Fett i.Tr. |  |  | Portion 30,0 g |
|  | Käse 20-40% Fett i.Tr. |  |  | Portion 30,0 g |
|  | Käse über 40% Fett i.Tr. |  |  | Portion 30,0 g |
|  | Camembert |  |  | Portion 30,0 g |
|  | Frischkäse |  |  | Portion 30,0 g |
|  | Marmelade, Gelee |  |  | Teelöffel 10,0 g |
|  | Honig |  |  | Teelöffel 10,0 g |
|  | Nußnougatcreme |  |  | Portion 20,0 g |
|  | Magerquark (< 3% Fett) |  |  | Esslöffel 30,0 g |
|  | Speisequark (10 % Fett) |  |  | Esslöffel 30,0 g |
|  | Eier |  |  | Stück 60,0 g |
|  |  |  |  |  |
| **Müsli und Cornflakes** | | | | |
|  | Haferflocken, trocken |  |  | Esslöffel 10,0 g |
|  | Müsli, trocken |  |  | Portion 40,0 g |
|  | Früchte-Müsli |  |  | Portion 40,0 g |
|  | Cornflakes, trocken |  |  | Tasse 20,0 g |
|  | Schoko-Müsli |  |  | Portion 40,0 g |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kaffee und Milchprodukte** | | | | |
|  | Kaffee/Tee schwarz |  |  | Tasse 200 g |
|  | Cappuccino |  |  | Tasse 200 g |
|  | Früchte-/Kräutertee |  |  | Tasse 200 g |
|  | Kondensmilch/Dosenmilch |  |  | Teelöffel 15,0 g |
|  | Zucker |  |  | Teelöffel 5,00 g |
|  | Süßstoffe |  |  | Tablette 1,00 g |
|  | Kakao |  |  | Tasse 200 g |
|  | Trinkmilch 3,5% Fett |  |  | Glas 200 g |
|  | Trinkmilch 1,5% Fett |  |  | Glas 200 g |
|  | Buttermilch |  |  | Tasse 150 g |
|  | Naturjoghurt 3,5 % |  |  | Portion 150 g |
|  | Naturjoghurt 1,5 % |  |  | Portion 150 g |
|  | Naturjoghurt 0,1 % |  |  | Portion 150 g |
|  | Joghurt mit Früchten  3,5 % |  |  | kleiner Becher 150 g |
|  | Joghurt fettarm mit Früchten 1,5 % |  |  | kleiner Becher 150 g |
|  |  |  |  |  |
| **Fleisch- und Wurstwaren** | | | | |
|  | Kotelett, Schnitzel  (paniert) |  |  | Portion 200 g |
|  | Steak, Schnitzel natur |  |  | Portion 200 g |
|  | Puten-/Hähnchenschnitzel |  |  | Stück 200 g |
|  | Braten |  |  | Portion 200 g |
|  | Gulasch, Ragout |  |  | Portion 200 g |
|  | Bratwurst |  |  | Stück 150 g |
|  | Würstchen, Bockwurst, Wiener Würstchen |  |  | Stück 150 g |
|  | Fleisch-, Kochwurst |  |  | Portion 100 g |
|  | Frikadelle, Klops |  |  | Stück 200 g |
|  | Leber, Herz, Niere |  |  | kleine Portion 125 g |
|  | Mett, Gehacktes |  |  | Portion 150 g |
|  | Tatar, Schabefleisch |  |  | Portion 70,0 g |
|  | Speck, Bauchfleisch |  |  | Scheibe 50,0 g |
|  | Fleischsalat |  |  | Portion 100 g |
|  | Hamburger |  |  | Portion 200 g |
|  | Döner |  |  | Portion 350 g |
|  | Gyros |  |  | Portion 200 g |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Beilagen/Soßen/Suppen** | | | | |
|  | Kartoffeln |  |  | Stück 80,0 g |
|  | Kartoffelpüree |  |  | Portion 250 g |
|  | Klöße, Knödel |  |  | Stück 80,0 g |
|  | Bratkartoffeln |  |  | Portion 250 g |
|  | Pommes frites |  |  | Portion 200 g |
|  | Kartoffelpuffer |  |  | Stück 70,0 g |
|  | Kartoffelsalat |  |  | Portion 250 g |
|  | Reis, gekocht |  |  | Tasse 180 g |
|  | Nudeln, gekocht |  |  | Tasse 150 g |
|  | Pizza |  |  | Stück 300 g |
|  | Mehlpfannkuchen |  |  | Portion 250 g |
|  | Klare Suppe |  |  | Teller 300 g |
|  | Gebundene Suppe |  |  | Teller 350 g |
|  | Suppen-Eintopf |  |  | Teller 450 g |
|  | Tomatenketchup |  |  | Portion 20,0 g |
|  | Soße |  |  | Portion 60,0 g |
|  | Hackfleischsoße |  |  | Esslöffel 20,0 g |
|  | Käsesoße |  |  | Portion 100 g |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Gemüse** | | | | |
|  | Gemüse, gebunden |  |  | Portion 200 g |
|  | Gemüse, gedünstet |  |  | Portion 200 g |
|  | Hülsenfrüchte (Erbsen, Linsen, Bohnen) |  |  | Tasse 150 g |
|  | Tomaten |  |  | Stück 60,0 g |
|  | Gurke |  |  | Stück 100 g |
|  | Rohkostsalat |  |  | Portion 250 g |
|  | Blattsalat |  |  | Portion 100 g |
|  | Paprikaschoten frisch |  |  | Stück 150 g |
|  | Mohrrübe frisch |  |  | Stück 100 g |
|  | Radieschen frisch |  |  | Stück 30,0 g |
|  | Sahne-Dressing |  |  | Portion 60,0 g |
|  | Essig-Öl-Marinade |  |  | Portion 60,0 g |
|  | Joghurt-Dressing |  |  | Portion 60,0 g |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fisch** | | | | |
|  | Fisch, gekocht |  |  | Portion 150 g |
|  | Fisch, gebraten |  |  | Portion 150 g |
|  | Fisch paniert |  |  | Portion 200 g |
|  | Fischstäbchen |  |  | Stück 30,0 g |
|  | Fischkonserve |  |  | Dose 180 g |
|  | Fisch, geräuchert |  |  | Portion 70,0 g |
|  | Rollmops, Matjes |  |  | Stück 90,0 g |
|  | Krustentiere |  |  | Portion 100 g |
|  | Heringssalat |  |  | Portion 50,0 g |
|  |  |  |  |  |
| **Getränke** | | | | |
|  | Fruchtsaft 100 % Frucht |  |  | Glas 200 g |
|  | Limonade, Cola |  |  | Glas 200 g |
|  | Lightgetänke |  |  | Glas 200 g |
|  | Mineral-/Leitungswasser |  |  | Glas 200 g |
|  | Gemüsesaft |  |  | Glas 200 g |
|  | Bier alkoholfrei |  |  | Glas 300 g |
|  | Bier |  |  | Glas 300 g |
|  | Wein, Sekt |  |  | Glas 125 g |
|  | Spirituosen (Korn, Wodka) |  |  | Schnapsglas 20,0 g |
|  | Liköre |  |  | Schnapsglas 20,0 g |
| **Obst** | | | | |
|  | Apfel |  |  | Stück 150 g |
|  | Apfelsine |  |  | Stück 150 g |
|  | Birne, Pfirsich, Nektarine |  |  | Stück 150 g |
|  | Banane |  |  | Stück 140 g |
|  | Erdbeeren, Himbeeren, Stachelbeeren |  |  | Portion 100 g |
|  | Mandarine, Clementine |  |  | Stück 40,0 g |
|  | Kirschen frisch |  |  | Portion 125 g |
|  | Pflaumen frisch |  |  | Stück 35,0 g |
| **Kuchen und Desserts** | | | | |
|  | Obstkuchen |  |  | Stück 150 g |
|  | Trockenkuchen |  |  | Stück 70,0 g |
|  | Sahne-, Cremetorte |  |  | Stück 120 g |
|  | Stückchen, Teilchen |  |  | Stück 100 g |
|  | Schlagsahne |  |  | Esslöffel 20,0 g |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Waffeln |  |  | Stück 150 g |
|  | Eis |  |  | Portion 150 g |
|  | Milchpudding |  |  | Schälchen 250 g |
|  | Kompott, Apfelmus |  |  | Portion 125 g |
| **Süßwaren und Snacks** | | | | |
|  | Bonbon |  |  | Stück 5,00 g |
|  | Kekse |  |  | Stück 5,00 g |
|  | Müsli-Riegel |  |  | Stück 50,0 g |
|  | Schokolade |  |  | Stückchen 20,0 g |
|  | Schokoriegel z. B.  (Mars, Nuts) |  |  | Stück 100 g |
|  | Pralinen |  |  | Stück 20,0 g |
|  | Nüsse |  |  | Handvoll 50,0 g |
|  | Salzige Knabbereien |  |  | Handvoll 50,0 g |
|  | Kartoffelchips |  |  | Handvoll 50,0 g |
|  | Studentenfutter mit Erdnüssen |  |  | Handvoll 100 g |
|  | Negerkuss |  |  | Stück 20,0 g |
| **Eiweißpräparate** | | | | |
|  | Eiweißpulver/-shake |  |  | in g angeben |
|  | Eiweißbrot |  |  | Scheibe 40 g |
|  | Milcheiweiß |  |  | Teelöffel 5,00 g |
|  | Sojaeiweißkonzentrat |  |  | Portion 50 g |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Für Lebensmittel, die nicht in dieser Liste aufgeführt sind.** | | | | |
|  | **Lebensmittel** | **Anzahl** | **Summe** | **Kücheneinheit** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Ggf. Wichtige Anmerkungen für die Auswertung:** |
|  |
|  |
|  |

Leider ist dieser Teil des Fragebogens nicht als ausfüllbare Version verfügbar. Bitte drucken Sie ihn daher aus und scannen ihn ausgefüllt wieder ein oder fotografieren ihn ab. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Ein Bild, das Text, Screenshot, Zahl, Schrift enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

Ein Bild, das Text, Screenshot, Schrift, parallel enthält.

Automatisch generierte Beschreibung