SCHWERPUNKTPRAXIS FÜR ERNÄHRUNGSMEDIZIN

Dr. med. Birgit Schilling-Maßmann

Fachärztin für Allgemeinmedizin · Ernährungsmedizin DAEM/DGEM

Name:

Telefonnummer:

INFORMATION

für bereits operierte Patienten

ZUR VORBEREITUNG

auf die Vorstellung
in der ersten Nachsorgesprechstunde

WICHTIGE INFORMATION

Dieser Fragebogen muss spätestens 2 Wochen vor dem Nachsorgetermin vorliegen – sonst kann keine ernährungsmedizinische Behandlung stattfinden!

Bitte beiliegend ausfüllen bzw. führen:

1. **Fragebögen zum postoperativen Verlauf**
   - OP und allgemeiner und Gewichtsverlauf
   - Fragen zum Essen und Beschwerden
   - Medikamente und Supplemente
   - Begleiterkrankungen
   - Fragebogen zur Lebensqualität
   - Bewegungsfragebogen
2. Esstagesplan (für 1 Woche zu führen)
3. Ernährungsprotokoll (ersetzt nicht die Tagespläne) – **Alternativ können die Esstagespläne und das Strichlistenprotokoll durch eine APP geführt werden.**

Zum Ausfüllen am Bildschirm bitte Microsoft Edge verwenden!
Datei per Rechtsklick und „Öffnen mit“ in Microsoft Edge öffnen.

Name, Vorname:

Datum:

Geburtsdatum:

Hausarzt:

Fragebogen nach Adipositas-Chirurgie

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin!

Als Ihre Ärzte in der Nachsorge nach einer Adipositaschirurgischen Maßnahme halten wir es für wichtig, dass Sie auch nach erfolgter OP weiter in regelmäßiger kompetenter Betreuung bleiben, damit das OP-Ergebnis optimal ausfallen kann und sich keine Mangel- und/oder Fehlernährungszustände entwickeln. Diese Vereinbarung zur Nachsorge war auch Bestandteil der Genehmigung der Operation durch Ihre Krankenkasse. Füllen Sie bitte vorab diese Fragebögen möglichst vollständig aus.

Führen Sie bitte unbedingt über eine Woche das beigefügte Ernährungs- und Bewegungsprotokoll. Dabei bitten wir Sie um die Nutzung einer APP, über die Sie im Vorfeld die Analyse laufen lassen können (z.B. FDDB, kalorien.de, Yazio, myfitnessPal).

Senden Sie die Unterlagen bitte spätestens ZWEI WOCHEN vor dem Nachsorgetermin an die Schwerpunktpraxis. Vielen Dank!

Datenschutz

Eine Erklärung gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO – Mai 2018) zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V wird erteilt.

Erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass – sofern erforderlich – bereits vorhandene Untersuchungsergebnisse bei Ihrem Hausarzt oder Fachärzten angefordert und auch von hier weitergegeben werden dürfen?

Einverständnis erteilt? ◯ ja ◯ nein

Datum:

Unterschrift:

Operation und Verlauf

Wann wurden Sie operiert und von wem (Krankenhaus und Operateur)?

Welche Methode?

◯ Magenband ◯ Magenbypass ◯ Sleeve ◯ Anderes

Anderes:

Ihr Gewicht/BMI vor der OP:

Ihr Gewicht/BMI heute:

Ihr persönliches Zielgewicht:

Sind Sie mit dem bisherigen Verlauf zufrieden? ◯ ja ◯ nein

Wenn nein, warum nicht?

Komplikationen (bitte angeben)

☐ Rückbildung einer schwerwiegenden Krankheit

☐ Andere Krankheiten verbessert

Reoperationen (bitte angeben)

Werden Sie von einem Psychotherapeuten mitbetreut? ◯ ja ◯ nein

Essen und Trinken

Nennen Sie kurz die häufigsten von Ihnen gegessenen Lebensmittel:

Haben Sie Unverträglichkeiten bemerkt?

Machen Sie bitte ungefähre Angaben zu Portionsgrößen, z.B. ½, ¼ Portion:

Wie viele Mahlzeiten, inklusive Zwischenmahlzeiten, essen Sie pro Tag?

Was trinken Sie?

- ☐ Mineralwasser
- ☐ Cola, Fanta etc.
- ☐ Fruchtsäfte
- ☐ Kaffee
- ☐ Tee
- ☐ anderes, was?

anderes, was?

Bekommen Sie Ess-/Heißhungerattacken? ◯ ja ◯ nein

Wenn ja, wie oft und wann?

Werden Sie von einer Ernährungsfachkraft (Diätassistentin) betreut? ◯ ja ◯ nein

Wenn ja, wie oft?

Nehmen Sie an einem Sportprogramm teil bzw. machen Sie regelmäßig Sport? Was?

Beschwerden

Es folgen Fragen zu Beschwerden, die häufiger nach den genannten Operationen auftreten können:

Beschwerde	ja	nein
Übelkeit	○	○
Erbrechen	○	○
Dumping-Syndrom	○	○
Schwindel	○	○
Kopfschmerzen	○	○
Hautprobleme	○	○
Nagelprobleme	○	○
Haarausfall	○	○
Gefühlsstörungen an den Händen	○	○
Beschwerden im rechten Oberbauch	○	○
Gallensteine bekannt?	○	○
Nierensteine bekannt?	○	○

Wie häufig haben Sie Stuhlgang: _____ x pro Tag

Konsistenz:

○ fest ○ breiig ○ flüssig

Fettstuhl: ○ ja ○ nein

Andere Beschwerden, bitte möglichst vollständig auflisten:

Hat sich Ihre Stimmungslage seit der Operation verändert? Wenn ja, wie?

Andere Erkrankungen

Bestehen oder bestanden andere Erkrankungen, auch ggfs. vor der Operation?

KRANKHEIT	VOR OP: JA	VOR OP: NEIN	JETZT	WEISS ICH NICHT
Bluthochdruck	○	○	☐	☐
Erhöhte Blutfettwerte	○	○	☐	☐
Erhöhter Harnsäurespiegel/Gicht	○	○	☐	☐
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):	○	○	☐	☐
WEITERE:	○	○	☐	☐
	○	○	☐	☐
	○	○	☐	☐

Medikamente und Supplemente

Schreiben Sie bitte **alle Medikamente** auf, die Sie regelmäßig nehmen. Geben Sie dabei auch **unbedingt** die **Vitamin- und/oder Mineralstoffpräparate** mit Namen an:

NAME	STÄRKE / DOSIERUNG	FRÜH	MITTAGS	ABENDS	ZUR NACHT	WOFÜR / SEIT WANN?

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)

Nachfolgend sind einige Aussagen aufgeführt, die sich auf Ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität vor bzw. nach Adipositaschirurgie beziehen. Bitte lesen Sie alle Aussagen aufmerksam durch und wählen Sie aus den fünf Antwortmöglichkeiten diejenige aus, die bezogen auf die letzten 4 Wochen für Sie am zutreffendsten ist.

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

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur, wenn Sie sich bereits einer Adipositaschirurgie unterzogen haben.

		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Teils-teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
		1	2	3	4	5
37	Es belastet mich, dass Nahrung wieder „hochkommt“.	○	○	○	○	○
38	Aufgrund meiner Hautlappen bin ich im Alltag eingeschränkt.	○	○	○	○	○
39	Aufgrund meiner hängenden Haut erlebe ich Schmerzen.	○	○	○	○	○
40	Aufgrund meiner Hautlappen bin ich bei sportlichen Aktivitäten eingeschränkt.	○	○	○	○	○
41	Die Einschränkungen beim Essen sind für mich immer noch schwierig.	○	○	○	○	○
42	Seit der Adipositaschirurgie geht es mir gesundheitlich schlechter.	○	○	○	○	○
43	Ich bereue, dass ich mich habe operieren lassen.	○	○	○	○	○
44	Aufgrund meiner hängenden Haut habe ich Schwierigkeiten mit meiner Körperhygiene.	○	○	○	○	○
45	Es ist mir unangenehm, wenn jemand sieht, wie stark meine Haut hängt.	○	○	○	○	○
46	Meine überschüssige Haut finde ich sehr unattraktiv.	○	○	○	○	○
47	Ich bin zufrieden mit meiner bisherigen Gewichtsabnahme.	○	○	○	○	○
48	Ich habe aufgrund von Operationskomplikationen gesundheitliche Schwierigkeiten.	○	○	○	○	○
49	Aufgrund meiner Hautlappen habe ich häufig Infektionen oder wunde Stellen am Körper.	○	○	○	○	○
50	Es belastet mich, dass Nahrung gelegentlich „stecken bleibt“.	○	○	○	○	○
51	Aufgrund meiner Hautlappen fühle ich mich hässlich.	○	○	○	○	○
52	Ich esse manchmal Lebensmittel, von denen ich weiß, dass ich mich danach mit hoher Wahrscheinlichkeit erbrechen muss.	○	○	○	○	○
53	Ich habe Schwierigkeiten, meine Nahrung ausreichend zu kauen.	○	○	○	○	○

Die folgenden drei Fragen beziehen sich auf „Dumping“. Darunter versteht man verschiedene Körpersymptome, die nach dem Verzehr zuckerreicher Lebensmittel auftreten können, z. B. Schweißausbruch, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Schwindel, Herzrasen, Schwäche, Unruhe, Zittern

		Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Teils-teils	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
		1	2	3	4	5
54	Bei einem Dumping erlebe ich große Schmerzen.	○	○	○	○	○
55	Ich habe Schwierigkeiten, mit meinem Dumping zurechtzukommen.	○	○	○	○	○
56	Dumping beeinträchtigt mich in meinem Alltag.	○	○	○	○	○

BITTE 1 WOCHE lang 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

Tag 1 von 7

Name: Geburtsdatum:

Datum: **Wochentag:** Montag

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		

Sport: ◯ NEIN ◯ JA – welche Sportart und wie lange:

Besonderheiten an diesem Tag:

(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

BITTE 1 WOCHE lang 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

Tag 2 von 7

Name: Geburtsdatum:

Datum: **Wochentag:** Dienstag

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		

Sport: ◯ NEIN ◯ JA – welche Sportart und wie lange:

Besonderheiten an diesem Tag:

(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

BITTE 1 WOCHE lang 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

Tag 3 von 7

Name: Geburtsdatum:

Datum: **Wochentag:** Mittwoch

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		

Sport: ◯ NEIN ◯ JA – welche Sportart und wie lange:

Besonderheiten an diesem Tag:

(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

BITTE 1 WOCHE lang 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

Tag 4 von 7

Name: Geburtsdatum:

Datum: **Wochentag:** Donnerstag

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		

Sport: ◯ NEIN ◯ JA – welche Sportart und wie lange:

Besonderheiten an diesem Tag:

(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

BITTE 1 WOCHE lang 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

Tag 5 von 7

Name: Geburtsdatum:

Datum: **Wochentag:** Freitag

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		

Sport: ◯ NEIN ◯ JA – welche Sportart und wie lange:

Besonderheiten an diesem Tag:

(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

BITTE 1 WOCHE lang 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

Tag 6 von 7

Name: Geburtsdatum:

Datum: **Wochentag:** Samstag

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		

Sport: ◯ NEIN ◯ JA – welche Sportart und wie lange:

Besonderheiten an diesem Tag:

(z. B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

BITTE 1 WOCHE lang 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

Tag 7 von 7

Name: Geburtsdatum:

Datum: **Wochentag:** Sonntag

Mahlzeit	Ich habe gegessen	Ich habe getrunken
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		
Uhr		

Sport: ◯ NEIN ◯ JA – welche Sportart und wie lange:

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 ☐ viel gelaufen ☐ stehend ☐ bewegungsarm ☐ arbeitsintensiv ☐	☐ zu Fuß ☐ mit dem Fahrrad ☐ Bus & Bahn ☐ Auto ☐ Rolltreppe / Lift ☐	◯ nein ◯ ja, Art/Dauer	☺ ◯ 😐 ◯ ☹ ◯	
Di	☐ meist sitzend ☐ viel gelaufen ☐ stehend ☐ bewegungsarm ☐ arbeitsintensiv ☐	☐ zu Fuß ☐ mit dem Fahrrad ☐ Bus & Bahn ☐ Auto ☐ Rolltreppe / Lift ☐	◯ nein ◯ ja, Art/Dauer	☺ ◯ 😐 ◯ ☹ ◯	
Mi	☐ meist sitzend ☐ viel gelaufen ☐ stehend ☐ bewegungsarm ☐ arbeitsintensiv ☐	☐ zu Fuß ☐ mit dem Fahrrad ☐ Bus & Bahn ☐ Auto ☐ Rolltreppe / Lift ☐	◯ nein ◯ ja, Art/Dauer	☺ ◯ 😐 ◯ ☹ ◯	
Do	☐ meist sitzend ☐ viel gelaufen ☐ stehend ☐ bewegungsarm ☐ arbeitsintensiv ☐	☐ zu Fuß ☐ mit dem Fahrrad ☐ Bus & Bahn ☐ Auto ☐ Rolltreppe / Lift ☐	◯ nein ◯ ja, Art/Dauer	☺ ◯ 😐 ◯ ☹ ◯	

Bewegungstagebuch

Tag	Wie war der Alltag?	Wie haben Sie sich bewegt?	Haben Sie Sport betrieben?	mein heutiges Befinden	eigene Bemerkungen
Fr	☐ meist sitzend ☐ viel gelaufen ☐ stehend ☐ bewegungsarm ☐ arbeitsintensiv ☐	☐ zu Fuß ☐ mit dem Fahrrad ☐ Bus & Bahn ☐ Auto ☐ Rolltreppe / Lift ☐	◯ nein ◯ ja, Art/Dauer	☺ ◯ 😐 ◯ ☹ ◯	
Sa	☐ meist sitzend ☐ viel gelaufen ☐ stehend ☐ bewegungsarm ☐ arbeitsintensiv ☐	☐ zu Fuß ☐ mit dem Fahrrad ☐ Bus & Bahn ☐ Auto ☐ Rolltreppe / Lift ☐	◯ nein ◯ ja, Art/Dauer	☺ ◯ 😐 ◯ ☹ ◯	
So	☐ meist sitzend ☐ viel gelaufen ☐ stehend ☐ bewegungsarm ☐ arbeitsintensiv ☐	☐ zu Fuß ☐ mit dem Fahrrad ☐ Bus & Bahn ☐ Auto ☐ Rolltreppe / Lift ☐	◯ nein ◯ ja, Art/Dauer	☺ ◯ 😐 ◯ ☹ ◯	

Bitte beschreiben Sie den Ablauf eines typischen Wochenendes

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

Beschreibbar am Bildschirm mit
Microsoft Edge

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Brot			
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 (unter 3% Fett)			Esslöffel 30,0 g
Speisequark (10 % Fett)			Esslöffel 30,0 g
Eier			Stück 60,0 g
Müsli und Corn Flakes			
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

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
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
Putenschnitzel/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 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

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
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
Lightgetränke			Glas 200 g
Mineralwasser/Leitungswasser			Glas 200 g

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
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
Schaumkuss			Stück 20,0 g

Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
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			

Ggfs. wichtige Anmerkungen für die Auswertung:

Ihr Termin ist am _____ um _____ Uhr.

Bitte bis _____ zurücksenden.

WICHTIG: Bitte 2 Wochen vor dem Arzttermin zurücksenden: Ostlandweg 4, 49545 Tecklenburg oder E-Mail: info@praxis-leeden.de