



\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Strasse, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon tagsüber

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Woher kennen Sie uns/Wer hat uns empfohlen?

**1. Wie sieht Ihre Ernährung an einem typischen Tag aus?**

- a) Frühstück: \_\_\_\_\_ b) Snack I: \_\_\_\_\_  
 c) Mittag: \_\_\_\_\_ d) Snack II: \_\_\_\_\_  
 e) Abendessen: \_\_\_\_\_ f) Snack III: \_\_\_\_\_

**2. Größte Mahlzeit des Tages? \_\_\_\_\_ 3. Mögen Sie eher süß oder deftig? \_\_\_\_\_**

**4. Wer kocht? (Sie selbst, Partner, Kantine)? \_\_\_\_\_**

**5. Wie oft essen/trinken Sie...**

(Nur eine Zahl pro Zeile eintragen.)

	pro Tag	pro Woche	pro Monat	nie
Gemüse/Salate	→ _____mal	_____mal	_____mal	<input type="checkbox"/>
Frisches Obst	→ _____mal	_____mal	_____mal	<input type="checkbox"/>
Wurst	→ _____mal	_____mal	_____mal	<input type="checkbox"/>
Fleisch	→ _____mal	_____mal	_____mal	<input type="checkbox"/>
Fisch	→ _____mal	_____mal	_____mal	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte/Milch	→ _____mal	_____mal	_____mal	<input type="checkbox"/>
Getränke	→ _____mal	_____mal	_____mal	<input type="checkbox"/>
-----				
Süßigkeiten/Kuchen	→ _____mal	_____mal	_____mal	<input type="checkbox"/>
Fettiges/Chips	→ _____mal	_____mal	_____mal	<input type="checkbox"/>
Rauchen	→ _____mal	_____mal	_____mal	<input type="checkbox"/>
Kaffee/schw. Tee	→ _____mal	_____mal	_____mal	<input type="checkbox"/>
Alkohol	→ _____mal	_____mal	_____mal	<input type="checkbox"/>

6. In welchem Alter trat Ihr Übergewicht zum ersten Mal auf? Gab es einen bestimmten Auslöser? Bitte denken Sie auch an Schwangerschaften, Hormonbehandlungen, Menopause. Was ist Ihrer Meinung nach der Grund für Ihr Übergewicht?

\_\_\_\_\_

7. Welche Mitglieder Ihrer Familie sind übergewichtig (Eltern, Großeltern, Geschwister, Partner)?

\_\_\_\_\_

8. Wie ist die Einstellung Ihrer Familie zum Essen, wie hat Ihre Familie gekocht?

\_\_\_\_\_

9. Mussten Sie in Ihrer Kindheit immer den Teller leer essen?

\_\_\_\_\_

10. Achten Sie auf Kalorien? \_\_\_\_\_ 11. Wie oft kontrollieren Sie Ihr Gewicht? \_\_\_\_\_

12. Welche sportlichen Aktivitäten üben Sie aus? 13. Wie lange und wie oft pro Woche?

\_\_\_\_\_

14. Was ist Ihr Beruf? 15. Ist die Tätigkeit sitzend/mit relativ viel Bewegung/schwer körperlich?

\_\_\_\_\_

16. Wie viele und welche Diäten haben Sie schon durchgeführt? 17. Wann? 18. mit welchem Erfolg?

19. Was und wann war als Erwachsener Ihr minimales und maximales Gewicht? \_\_\_\_/\_\_\_\_

20. Bekommen Sie Essanfälle bzw. essen Sie manchmal übermäßig? \_\_\_\_\_

21. Wenn ja, wann? In Stresssituationen, Langeweile, Kummer, Ärger, Sorgen, zur Belohnung, in Gesellschaft?

\_\_\_\_\_ 22. Wie oft? \_\_\_\_\_

23. Gibt es Zwangsbenehmen (Kalorien zählen, sich wiegen, zugreifen müssen, z.B. bei Süßigkeiten, Fast Food)?

\_\_\_\_\_ 24. Haben Sie öfter Heißhunger? \_\_\_\_\_

25. Essen Sie hastig/zwischen durch/abgelenkt? Oder langsam und bewusst? \_\_\_\_\_

26. Kennen Sie Ihr Sättigungsgefühl? \_\_\_\_\_ 27. Essen Sie auch weiter, wenn Sie satt sind? \_\_\_\_\_

### 28. Was trifft bei Ihnen zu?

- |                 |   |   |  |   |   |
|-----------------|---|---|--|---|---|
| Psyche          | → | <input type="checkbox"/> keine Beschw.  | <input type="checkbox"/> Reizbarkeit         | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstör.      | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen    |
| Herz/Kreislauf  | → | <input type="checkbox"/> keine Beschw.  | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck       | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Angina Pec.        |
| Magen           | → | <input type="checkbox"/> keine Beschw.  | <input type="checkbox"/> Aufstoßen           | <input type="checkbox"/> Gastritis                | <input type="checkbox"/> Sodbrennen         |
| Verdauung       | → | <input type="checkbox"/> keine Beschw.  | <input type="checkbox"/> Verstopfung         | <input type="checkbox"/> Durchfall                | <input type="checkbox"/> Blähungen          |
| Blutwerte       | → | <input type="checkbox"/> im Normbereich | <input type="checkbox"/> zu hohe Blutfette   | <input type="checkbox"/> Diabetes I/II            | <input type="checkbox"/> Gicht              |
| Gelenke         | → | <input type="checkbox"/> keine Beschw.  | <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankung    | <input type="checkbox"/> Osteoporose              | <input type="checkbox"/> Rückenschm./Rheuma |
| Fam. Erbanlagen | → | <input type="checkbox"/> keine Beschw.  | <input type="checkbox"/> Herzinf./Schlaganf. | <input type="checkbox"/> Krebsleiden              | <input type="checkbox"/> Allergien          |
| Weiteres        | → | <input type="checkbox"/> Müdigkeit      | <input type="checkbox"/> Asthma              | <input type="checkbox"/> Gallenerkrankung         | <input type="checkbox"/> Krebsleiden        |
|                 | → | <input type="checkbox"/> Schwangersch.  | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung   |   |

### 29. Bei mir wurden folgende weitere Diagnosen/Erkrankungen festgestellt:

### 30. Mir sind folgende Allergien / Lebensmittelallergien / Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt:

### 31. Zur Zeit nehme ich folgende Medikamente (Hormone) ein:

Körperfettanalyse vom \_\_\_\_\_ Grösse \_\_\_\_\_ cm, Gewicht \_\_\_\_\_ kg, Fett \_\_\_\_\_ %, Wasser \_\_\_\_\_ %, BMI

Wunschgewicht: \_\_\_\_\_ kg Angestrebter Gewichtsverlust: \_\_\_\_\_ kg

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben über meine Person wahr sind. Akute Erkrankungen, Schwangerschaft etc. sind den Anwendern der Sanguinum-Kur® unverzüglich mitzuteilen. Andere als die mitgeteilten Erkrankungen sind mir nicht bekannt. Die Anwender der Sanguinum-Kur® haften nicht für eventuell mögliche Begleit- und Folgeerscheinungen, die nicht nachweislich von ihnen zu verantworten sind.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in der Praxis Fortmann gespeichert werden und für statistische Auswertungen und Erfolgskontrollen genutzt werden.

Baden-Baden, den \_\_\_\_\_

Unterschrift

