

ERNÄHRUNGS - FRAGEBOGEN

Name, Vorname

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihren Ernährungsgewohnheiten:

Welche Mahlzeiten nehmen Sie regelmäßig üblicherweise ein?

	Mo-Fr	Sa-So
Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischenmahlzeit am Nachmittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spätessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann nehmen Sie die Hauptmahlzeit ein?

	Mo-Fr	Sa-So
am Morgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
am Vormittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
am Mittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
am Nachmittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
am Abend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wo nehmen Sie die Hauptmahlzeit ein?

	Mo-Fr	Sa-So
zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in der Kantine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an/in einem Imbiss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an verschiedenen Orten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie nehmen Sie die Hauptmahlzeit üblicherweise ein?

	Mo-Fr	Sa-So
meistens alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teils/teils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Fette/Öle verwenden Sie?

a) zum Kochen, Braten, Backen?

Butter	<input type="checkbox"/>
Margarine	<input type="checkbox"/>
Feste Pflanzenfette wie Biskin/Palmin	<input type="checkbox"/>
Olivenöl	<input type="checkbox"/>
andere Pflanzenöle	<input type="checkbox"/>
Sonstige _____	

b) für Salatsoßen, zum Verfeinern?

Mayonnaise	<input type="checkbox"/>
Sahne/Crème fraîche	<input type="checkbox"/>
Olivenöl	<input type="checkbox"/>
andere Pflanzenöle	<input type="checkbox"/>
Fertigsoßen für Salate	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____	

c) als Brotaufstrich?

Butter	<input type="checkbox"/>
Margarine	<input type="checkbox"/>
Halbfettbutter	<input type="checkbox"/>
Halbfettmargarine	<input type="checkbox"/>
Frischkäse/Quark etc.	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____	

1= regelmäßig 2= gelegentlich 3= gar nicht 4= nicht bekannt

ERNÄHRUNGS - FRAGEBOGEN

Verwenden Sie Salz zum Nachsalzen?

- nur dann, wenn das Essen nicht genügend gesalzen ist
- grundsätzlich immer
- selten, nie

Verzehren Sie Getränke, Suppen und Salate zu den Mahlzeiten?

- Salate
- Suppen
- Getränke

- 1 = meistens vor dem Essen
2 = meistens während des Essens
3 = meistens nach dem Essen
4 = selten
5 = gar nicht

Wie lange dauert bei Ihnen eine Mahlzeit durchschnittlich?

- Frühstück Dauer in Minuten
_____ Min.
- Mittagessen _____ Min.
- Abendessen _____ Min.

Welche der folgenden Lebensmittel haben Sie regelmäßig im Haus?

- Süßigkeiten
- Limonade, Cola
- Snacks, Salzgebäck, Nüsse
- Alkoholische Getränke

Wie viel essen Sie bei großen seelischen Belastungen/Stress?

Im Vergleich zu normalen Situationen

- esse und trinke ich viel mehr
- esse und trinke ich viel weniger
- keine Änderung
- weiß nicht

Welche der folgenden Aussagen treffen für Sie zu?

Der Teller wird grundsätzlich leer gegessen, auch wenn ich schon satt bin.

Der Anblick bzw. der Geruch von Speisen (z.B. Backwaren, Grillwürste) verleitet mich zum Essen, obwohl ich keinen Hunger habe.

Ich habe sehr häufig einen regelrechten „Heißhunger“ auf Süßes/Salziges.

- 1 = Ja, trifft zu
2 = Nein, trifft nicht zu
3 = nicht bekannt

Starke Hungergefühle treten bei mir öfters am Tag auf, insbesondere am/vor/nach _____

Halten Sie Diäten (z.B. Diabetes-Diät) oder ernähren Sie sich nach einer bestimmten Ernährungsweise (z.B. Vegetarismus, Vollwertkost)?

welche? _____

seit wann? _____

warum? _____

bei Diät:

ärztlich verordnet ja nein

