

## Fragebogen für Patienten

Name:

Datum:

Alter:

Größe:

Gewicht:

Treiben Sie regelmäßig Sport:

ja / nein Wenn ja, wie oft:  
welchen Sport:

Wie häufig essen und trinken Sie folgende Lebensmittel?

Gruppe	Lebensmittel	Täglich	Fast Täglich	3-4 x pro Wo.	1-2 x pro Wo.	Selten o. nie
1	Vollkornbrot / Vollkornbrötchen					
	Müsli/ Getreideflocken Frühstücksflocken ... mit Kleie ... aus Vollkorn					
	Mischbrot Weißbrot Brötchen					
	Reis, hell Nudeln, hell					
	Reis, Vollkorn Nudeln, Vollkorn					
	Kartoffeln Salz-/Pellkart.					
	Pommes frites Bratkartoffeln					
2	Gemüse, frisch, TK					
	Gemüsekonserven					
	Grüne Salate / Rohkostsalate					
	Salate m Mayonnaise / Sahnesoße					
	Hülsenfrüchte (getr. Bohnen, Erbsen, Linsen u.a.)					
	Obst, frisch					
	Obstkonserven					
3	Nüsse, unverarbeitet					
	Milch					
	Joghurt/Kefir/Buttermilch/Quark natur					
	Joghurt/Kefir/Buttermilch/Quark Zubereitet/mit Geschmack					
	Sahne/Creme fraiche/Saure Sahne Käse					
4	Fleisch, rot					
	Geflügel					
	Innereien					
	Magerer Aufschnitt, Schinken					
	Hausmacherwurst u.ä.					
	Fisch, frisch oder TK					
	Fischkonserven					
	Krabben, Muscheln u. ä. Eier / Eierspeisen					

5	Kuchen, Torten, süßes Gebäck					
	Schokolade, Süßigkeiten					
	Eis, Pudding, Sahnecremes					
	Marmelade, Honig, Nusscremes					
	Chips, salzige Nüsse, Knabbergebäck					
6	Mineralwasser, Kräutertee, Früchtetee					
	Kaffee					
	Schwarzer Tee					
	Grüner Tee					
	Limonade, Colagetränke					
	Fruchtsäfte					
	Bier					
	Wein					
Sekt/Schaumwein						
Spiritosen						
7	Pizza					
	Fast Food					
	Mc Donald / Burger King					
	Döner Kebab					
	Subway					
andere						
Sonstiges						

zertifiziert nach QUETHEB

