Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer
zur Qualitätssicherung

**FORMBLATT**

* Erfassung der persönlichen Daten im Rahmen der Ernährungsberatung

Stand der Revision: 26.11.2020

**Leitlinie:**

Ernährungsberatung in der Apotheke

Erfassung der persönlichen Daten im Rahmen der Ernährungsberatung

|  |
| --- |
| Persönliche Daten des Kunden |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname:** | **Geburtsdatum:** |
| **Geschlecht: weiblich ❒ männlich ❒ divers ❒** |
| **Straße, Hausnummer:** |  |
| **Wohnort:** |  |
| **Tel.:** | **E-Mail:** |

 |
| **Größe: (cm) Gewicht: (kg) Körperfettanteil: (%)**

|  |
| --- |
| **Bei Gewichtsreduktion** |
| **Body-Mass-Index: Taillenumfang:** |
| **Zielgewicht:**  |

 |
|

|  |
| --- |
| **Anzahl der Personen im Haushalt:** |
| **Berufliche Tätigkeit:** |  | **Lebenssituation:** |
| **Raucher:** | **🞏 ja** | **🞏 nein** |
| **Menopause:** | **🞏 ja** | **🞏 nein** |
| **Schwangerschaft:** | **🞏 ja** | **🞏 nein** |
| **Stillzeit:** | **🞏 ja** | **🞏 nein** |
| **Alltagsaktivität:****Sportliche Aktivitäten (Art, Intensität und Std. pro Woche):** |

 |
|  |
| Angaben zum Hausarzt[[1]](#footnote-1) |
| **Name:** | **Tel.:** |
| **Adresse:** | **letzter Arztbesuch:** |

|  |
| --- |
| Grund/Ziel für die gewünschte Ernährungsberatung |

|  |
| --- |
| Erkrankungen, Beschwerden, Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel |
| **Erkrankungen (ggf. Labordaten und Normwerte)** | **Arzneimittel/Dosierung** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Beschwerden bei ernährungsassoziierten Erkrankungen** |
|  |
|  |
|  |
|

|  |
| --- |
| Angaben zur aktuellen Ernährungssituation |

**Vorlieben in der Ernährung:** |
| **Mahlzeitengestaltung (Wo werden die Mahlzeiten eingenommen, wie sieht eine gewöhnliche Mahlzeit aus?)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Frühstück** |  |
| **Mittag:** |  |
| **Abend:** |  |
|  |  |
|  |  |

**Wie häufig trinken Sie durchschnittlich Alkohol?****❒ täglich ❒ 3x/Woche ❒ 1x/Woche ❒ 2x/Monat ❒ selten/nie****Lebensmittel, die abgelehnt werden:** |
| **Nahrungsmittelunverträglichkeiten/-allergien:** |  |
| **Verdauung:****Persönlicher Einfluss im Bereich Ernährung (Einkauf, Speisenzubereitung):** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ort, Datum Unterschrift Apotheker/in Unterschrift Kunde

1. Vor Rücksprache mit dem Hausarzt ist das Einverständnis des Kunden einzuholen und zu dokumentieren. [↑](#footnote-ref-1)