



DR. NADINE KAUFMANN

Internistische Hausarztpraxis
Osterstrasse

Ernährungsmedizinische Beratung - Fragebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen VOR einer Terminvereinbarung für eine Ernährungsmedizinische Erstberatung aus. Zusätzlich bitten wir Sie das Ernährungsprotokoll für mindestens 1 Woche auszufüllen.

Vielen Dank!

Ich möchte eine Ernährungsmedizinische Beratung bei Frau Dr. Kaufmann in Anspruch nehmen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

W/M/D: _____

Lebenssituation: allein lebend _ in Partnerschaft _ Kinder _

Berufliche Tätigkeit: _____ Wochenarbeitszeit: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Mein Körpergewicht hat sich in den letzten 5-10 Jahren:

Verändert: _____
Zu-/ Abnahme: +/-

Nicht verändert: _____

Chronische Erkrankungen

- Bluthochdruck
- Herzinfarkt/ Koronare Herzkrankheit
- Herzrhythmusstörungen
- Schlaganfall
- Diabetes mellitus
- Schilddrüsenerkrankungen (Über-/ Unterfunktion)
- Nierenerkrankung (Nierenschwäche/ Nierensteine)
- Darmerkrankungen (Chronische Entzündung/ Reizdarm etc.)
- Lebererkrankungen (Fettleber etc.)
- Rheuma
- Depression/ Nervenleiden
- Hauterkrankungen (Neurodermitis, Psoriasis etc.)
- Lungenerkrankungen (Asthma/ COPD etc.)
- Heuschnupfen, Allergien
- Sonstiges

Operationen: _____

Unfälle: _____

Vorausgegangene Laborauffälligkeiten: _____

Rauchen Sie? Wenn ja: Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Trinken Sie Alkohol?

Gelegentlich Regelmäßig Gar nicht:

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein

Medikamente: _____

Spezielle Ernährungsanamnese:

Spezielle Ernährungsform: _____

Generell esse ich: regelmäßig Unregelmäßig viele Zwischenmahlzeiten

Ich koche selbst: regelmäßig selten nie

Ich esse außer Haus: täglich regelmäßig selten

Nahrungsmittellvorlieben: _____

Bevorzugte Getränke: _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____

Wunschgewicht: _____

Welches konkrete Anliegen führt Sie zu uns?

Kosten:

Mir ist bekannt, dass die Kosten nicht von der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung übernommen werden. Die Abrechnung erfolgt nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und richtet sich nach Aufwand und Dauer der Beratung.

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung:

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Internistische Hausarztpraxis Osterstrasse zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift