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)