

Anamnese

Eliane Taisch

Ernährungscoaching

Personalien

Vorname / Name

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Gewicht

Körpergrösse

Bewegung im Alltag

- Viel
- Mittel
- Wenig

Ziele / Erwartungen

Ziele inkl. Prioritäten / Schwerpunkte

Haben sie Erfahrungen mit Diäten oder einer Ernährungsumstellung?

- Nein
- Ja Welche:

Erwartungen an den Ernährungscoach

Gesundheitszustand

Waren sie im letzten halben Jahr in ärztlicher Behandlung?

- Nein
 Ja Welche:

Leiden sie unter einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (z.B. Bluthochdruck)?

- Nein
 Ja Welche:

Leiden sie an einer Erkrankung der Atemwege (z.B. Asthma, Bronchitis)

- Nein
 Ja Welche:

Leiden sie an einer chronischen Erkrankung (z.B. Allergien, Migräne)?

- Nein
 Ja Welche:

Haben sie Beschwerden am Bewegungsapparat (Gelenke, Muskeln, Bänder, WS)?

- Nein
 Ja Welche:

Haben sie sonstige Beschwerden oder gesundheitliche Einschränkungen?

- Nein
 Ja Welche:

Nehmen sie zur Zeit Medikamente ein (z.B. Antibiotika, Blutdruckmittel)?

- Nein
 Ja Welche:

Als Ernährungscoach, Eliane Taisch, unterstelle ich mich der absoluten Schweigepflicht.

Vielen Dank für die ehrlichen Antworten.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben zu meinem Gesundheitszustand. Falls sich während der Vertragszeit Änderungen ergeben, bin ich verpflichtet, dies meinem Ernährungscoach mitzuteilen.

Ort

Datum

Unterschrift