



MERIAN SANTÉ

*Physio, Ernährung
und Training*

Liebe/r Kunde/in

Name / Vorname: _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Ernährungsberatung Merian Santé entschieden haben. Um bereits bei der Erstberatung auf Ihre Wünsche und Anliegen eingehen zu können, bitten wir Sie, die für Ihre Beratung relevanten Punkte im Voraus auszufüllen und zum ersten Termin mitzubringen.

| | | | | | |
|--|--|------------------|--|--|--|
| Anmeldungsgrund / Diagnose / Nebendiagnosen | | | | Erwartung an Beratung / Beratungsziel | |
| | | | | | |
| Krankheitsverlauf / Problematik / Symptome | | | | Medikamente / Supplemente | |
| | | | | | |
| Gewicht | | Grösse | | Motivation | |
| Wohlfühl- gewicht | | Ziel- gewicht | | | |
| Gewichtsverlauf | | | | Diäterfahrungen / spezielle Ernährungsform | |
| | | | | | |
| Bewegung (Alltag & Sport → was, wann, Dauer) | | | | Eigene Einschätzung der aktuellen Ernährung | |
| | | | | | |
| Soziales (Ausbildung, Beruf, Wohnsituation etc.) | | | | Diverses (z.B. Rauchen, Alkohol, Stress, psychische Belastungen) | |
| | | | | | |



Verdauungsbeschwerden / Nahrungsmittelunverträglichkeiten

| Bisherige Untersuchungen | Ja | Nein | Beschwerden/Symptome | Ja | Nein | Teilweise |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Atemtest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zöliakie ausgeschlossen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verstopfung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stuhluntersuchungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sodbrennen/Reflux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Darmspiegelung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bauchschmerzen/Krämpfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magenspiegelung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blähungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergietest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Windabgang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Übelkeit/Erbrechen morgens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Völlegefühl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stuhlgang (Konsistenz, Farbe, Geruch, Häufigkeit) | | | | | | |
| Bekannte Allergien | | | | | | |
| Bewusstes Meiden von Nahrungsmitteln | | | | | | |

Essstörungen

| | |
|---|---|
| Essstörung (Beginn / Form / Verlauf) | Unterstützung (soziales Umfeld / Therapeuten) |
| | |
| Bisherige / aktuelle / geplante Therapien (ambulant / stationär / Aufenthaltsdauer / Zeitpunkt) | Weitere Diagnosen (psychisch) |
| | |
| Gewichtsbestimmung (Ort/ Zeit/ Rhythmus) | Haltung zum eigenen Körpergewicht |
| | |