

AUFNAHMEBOGEN



VORNAME/NAME	
EMAIL	
TELEFON (FESTNETZ + MOBIL)	
SKYPE	
STRASSE /HAUSNR.	
PLZ/ORT	
NAME(N) KIND(ER)	
GEBURTSTAG ELTERN + KIND(ER)	
GRÖSSE /GEWICHT ELTERN + KIND(ER)	
NAME PARTNER	
BERUF(E) ELTERN, KITA? SCHULE?	
ARBEITSZEIT(EN) PRO WOCHE	
ÜBERWIEGEND	<input type="checkbox"/> SITZEND <input type="checkbox"/> STEHEND <input type="checkbox"/> SCHWERE KÖRPERLICHE ARBEIT
SPORT/BEWEGUNG/WAS, WIE OFT, WIE LANGE?	
RAUCHER? JA/NEIN	
ERKRANKUNGEN ELTERN + KINDER (NUR RELEVANTE)	
ÄRZTLICH BETREUT?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
ALLERGIEN ELTERN + KINDER	
LEBENSMITTELINTOLERANZEN ELTERN + KINDER	



WIE WURDEN DIE ALLERGIEN FESTGESTELLT?

- PRICKTEST
- BLUTTEST
- SONSTIGE _____

SEIT WANN BESTEHEN DIE ALLERGIEN? _____

WIE WURDEN DIE UNVERTRÄGLICHKEITEN FESTGESTELLT?

BIST DU DERZEIT SCHWANGER?

STILLST DU?

- JA (SSW) _____
- NEIN

JA (SEIT) _____

SCHWANGERSCHAFTSBESCHWERDEN

DERZEITIGE ERNÄHRUNGSFORM ELTERN + KINDER

- VEGETARISCH
- VEGAN
- FLEXITARISCH
- MISCHKOST
- OVO-LAKTO
- FLEXIGAN
- OVO
- LAKTO

NAHRUNGSERGÄNZUNGEN: WER, WAS? PRÄPARAT? DOSIERUNG?



WERDEN MEDIKAMENTE EINGENOMMEN? WELCHE?

WIE WERDEN DIE KINDER ZUR ZEIT ERNÄHRT?

WELCHE ZIELE HAST DU MIT DER BERATUNG?

WIE KANN ICH DIR KONKRET HELFEN? WELCHE WÜNSCHE HAST DU AN MICH?

BITTE BESTÄTIGE DIE RICHTIGKEIT DEINER ANGABEN

ORT/DATUM

UNTERSCHRIFT