



Angaben zur Person

Datum

Name

Geburtsdatum

Körpergröße

_____ **Aktuelles Gewicht** _____

Wohnort

Telefon

Handy-Nummer

Email-Adresse

Krankenkasse

Hausarzt

(mit Adresse + Telefonnummer):

Mitbehandelnde Ärzte

(mit Adresse + Telefonnummer):

Waren Sie schon einmal in psychologischer/

psychiatrischer Mitbehandlung:

ja

nein

Sind Sie jetzt in psychologischer/

psychiatrischer Mitbehandlung:

ja

nein

Psychologisch/psychiatrische Mitbehandlung erfolgte durch (mit Adresse + Telefonnummer):

Wie sind Sie auf diese Praxis aufmerksam geworden?

Fragen zur allgemeinen Krankengeschichte

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Krankheit	Ja, seit wann?	Nein	Weiß ich nicht
Bluthochdruck			
Erhöhte Blutfettwerte			
Erhöhter Harnsäurespiegel/Gicht			
Diabetes/Zuckerkrankheit			
Herzgefäßerkrankung			
Herzinfarkt			
Herzschwäche			
Schlaganfall			
Asthma bronchiale oder chronisch obstruktive Atemwegserkrankung			
Schlaf-Schnarch-Krankheit			
Verengung der Halsgefäße			
Verengung der Beingefäße			
Schilddrüsenerkrankung			
Hormonstörungen			
Nierenerkrankungen/Nierensteine			
Gallensteine (oder OP)			
Entzündliche Darmerkrankungen			
Leberverfettung, -zirrhose			
Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen			
Rheuma/rheumatische Erkrankungen			
Autoimmunerkrankungen			
Krebserkrankungen (welche):			
Aufstoßen			
Entzündung der Speiseröhre			
Entzündung der Magenschleimhaut			
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür			
WEITERE:			

Wurden Sie schon einmal operiert?

Organ:

Wann?

Beschwerden/Probleme beim Wasserlassen? ja nein
Beschwerden beim Stuhlgang? ja nein
Nächtliches Wasserlassen? mal/Nacht

Nur für Frauen

In welchem Alter 1. Regelblutung? _____

Wann war die letzte Regeblutung? _____

Wechseljahre in welchem Alter? _____

Hormonersatztherapie? _____

Bestand bei Ihnen in der Schwangerschaft ein Schwangerschaftsdiabetes oder eine Präeklampsie/Gestose (Schwangerschaftsvergiftung)?

ja nein weiß ich nicht

Frühere oder aktuelle Regelblutungsstörungen: _____

Verhütungsmaßnahmen:

Pille Spirale Kondom Sterilisation

Andere: _____

Geburten: _____

Nur für Männer

Haben Sie

Erektionsstörung? ja nein weiß ich nicht

Prostatavergrößerung? ja nein weiß ich nicht

Welche Medikamente (und Insulin) nehmen Sie?

Name	Früh	Mittags	Abends	Zur Nacht

Fragen zur Familiengeschichte

	Mutter	Vater	Kinder - ANZAHL -	Geschwister	Groß- eltern	Partner
Erkrankungen	Bitte ein Kreuz machen für Ja					
Übergewicht						
Bluthochdruck						
Schlaganfall						
Herzinfarkt						
Verengung anderer Gefäße/ Amputation						
Nierenerkrankung						
Altersdemenz						
Zuckerkrankheit						
Bösartige Erkrankungen						
Alter bei Tod/ Ursache						

Erteilen Sie Ihr Einverständnis, dass bereits vorhandene Untersuchungsergebnisse bei Ihrem Hausarzt oder Fachärzten angefordert werden können?

Ja

Nein

Datum: _____

Unterschrift: _____

Fragen zum Gewichtsverlauf

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| Größe | cm |
| derzeitiges Gewicht | kg |
| niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht | kg |
| das war vor | <input type="checkbox"/> < 1 Jahr |
| | <input type="checkbox"/> 2 – 4 Jahren |
| | <input type="checkbox"/> ≥ 5 Jahre |
| höchstes (Erwachsenen-) Gewicht | kg |
| das war vor | <input type="checkbox"/> ≤ 1 Jahr |
| | <input type="checkbox"/> 2 - 4 Jahre |



≥ 5 Jahre

Meine bisher größte Gewichtsabnahme: kg im Jahr _____

Mein Wunschgewicht liegt bei: kg

Ich bin aber auch zufrieden, wenn ich folgendes Gewicht erreiche: kg

In einem Jahr möchte ich wiegen: kg

Wie kontrollieren Sie Ihr Gewicht / Ihre Körperform?

Wiegen ___ mal/Tag ___ mal/Woche ___ mal/Monat

eigene Messung des Bauchumfangs

Änderung der Kleidergröße Änderung der Gürtellänge

Wie hat sich Ihr Gewicht im Laufe Ihres Lebens entwickelt? Beschreiben Sie in Stichpunkten die wesentlichen Phasen Ihres Lebens von der Kindheit bis heute. Mütter beschreiben bitte auch kurz die Gewichtsentwicklung während und nach Schwangerschaften.

Wie häufig haben Sie bereits Schlankheitsdiäten durchgeführt?

Noch nie

1 – 5 mal

6 – 9 mal

≥ 10 mal

regelmäßig (mind. 2x jährlich)

halte ständig Diät

Welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion haben Sie durchgeführt?

	Dauer der Maßnahme	Gewichtsverlust in kg	Wiederzunahme in kg
Diäten in Eigenregie* (Kohlsuppe, Brigitte-Diät etc.):			
„Pulverdiät“ BCM/ Redumed etc.			
Weight Watchers			
Akupunktur/Heilpraktiker			
Optifast/Mobilis			
Mit Unterstützung Ihres Arztes			
Xenical/Reductil/Acomplia			
Psychotherapie (ambulant)			
Stationäre Kur zum Abnehmen			
Sonstiges:			

Zu *: Nutzen Sie ggf. ein Extrablatt!

Warum möchten Sie abnehmen?

-
-
-
-



Fragen zum Lebensstil

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern? _____

Wie viele Stunden sitzen Sie täglich vor dem Computer? _____

davon beruflich bedingt: _____

Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport? _____

Welchen Sport? _____

Haben Sie Schmerzen bei körperlicher Bewegung? ja nein

Wenn ja welche? _____

Haben Sie Luftnot bei Bewegung? ja nein

Schämen Sie sich beim Sport z.B. Schwimmen? ja nein

Raucher seit Zigaretten/Tag

Nicht-Raucher

Ex-Raucher seit

geraucht über Jahre Zigaretten/Tag

Essen Sie oft außerhalb, z.B. Fast Food Restaurants? | immer | häufig | selten | nie

Welche alkoholhaltigen Getränke nehmen Sie zu sich?

Bier Wein / Sekt Spirituosen Cocktails/ Alcopops

mal/Woche mal/Monat

Aus welchen Gründen? aus Gründen des Genusses
aufgrund einer Alltagsgewohnheit
um abzuspannen
um von Problemen abgelenkt zu werden
um schlafen zu können („Schlaftrunk“)

verheiratet/in Partnerschaft geschieden verwitwet Single

Leben Sie alleine oder in häuslicher Gemeinschaft mit anderen? - bitte unterstreichen -

Wie viele Kinder haben Sie? Alter: _____

Hauptschule Gesamtschule Realschule Gymnasium Studium

Gelernter Beruf?

jetzige Tätigkeit?

Schichtarbeit? ja nein

Fragen zum Essverhalten

Haben Sie regelmäßige Essenszeiten? Ja Nein

Wie viele Mahlzeiten, inklusive Zwischenmahlzeiten, essen Sie pro Tag?

Wie essen Sie? Schnell Langsam Bewusst
Zeitung lesend beim Fernsehen unregelmäßig

Wo essen Sie? im Wohnzimmer in der Küche bei der Arbeit
Unterwegs

Andere Orte: _____

Wer kocht bei Ihnen im Haushalt? _____

Wann nehmen Sie die Hauptmahlzeit zu sich? (bitte Uhrzeit eintragen)

Sind Sie viel unterwegs und müssen außerhalb Essen? ja nein

Was essen Sie am liebsten?

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Auf welche reagieren Sie „allergisch“?

Naschen Sie gern? Wenn ja, was und wann?

Haben Sie nach dem Essen ein Sättigungsgefühl? immer häufig selten nie

Essen Sie zwischen den Mahlzeiten? immer häufig selten nie

Essen Sie Fast Food? immer häufig selten nie

Essen Sie Süßigkeiten zwischen den Mahlzeiten? immer häufig selten nie

Stehen Sie nachts auf, um sich etwas zum Essen zu holen? ja nein

Bekommen Sie Ess-/ Heißhungerattacken? ja nein

Wenn ja, wie oft und wann? _____



Was trinken Sie? Mineralwasser Cola, Fanta etc. Fruchtsäfte
Kaffee Tee anderes, was ?

Bitte kreuzen Sie an, wieweit folgende Aussagen auf Ihr Essverhalten zu treffen

	trifft zu	trifft nicht zu
1. Wenn große Portionen auf dem Tisch stehen, esse ich mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Frühstück brauch ich nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ablehnung durch andere Menschen gleiche ich durch Essen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wenn ich mich einsam fühle, tröste ich mich mit Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich gehe hungrig einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe immer Hunger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich esse sehr große Portionen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wenn ich schmackhafte Dinge sehe, bekomme ich Appetit und fange an zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich esse gerne Fettes/Deftiges.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn ich mich ärgere, esse ich mehr als gewöhnlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich habe immer als erste(r) den Teller leer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich esse, wenn ich alleine bin oder mich langweile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Werde ich kritisiert, esse ich mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich trinke/esse zu viel Süßes oder süße Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich esse ungeplant und unregelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sobald ich etwas zu Essen rieche, bekomme ich Appetit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wenn ich einmal angefangen habe zu essen, fällt es mir manchmal schwer, wieder damit aufzuhören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich meide Lebensmittel, die im Ruf stehen "dick" zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wenn ich nervös bin, muss ich mich durch Essen beruhigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wenn ich in Gesellschaft bin, esse ich mehr als gewöhnlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Oft habe ich ein so starkes Hungergefühl, dass ich einfach etwas essen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beurteilen Sie, wieweit Ihr Übergewicht Sie belastet.

	trifft zu	trifft nicht zu
1. Ich bin wegen meines <i>Übergewichtes</i> schon oft in Verzweiflung geraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Viele meiner Ziele kann ich wegen meines Übergewichts nicht erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aufgrund meines Übergewichts finde ich schwer Kontakt zu anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. An vielen interessanten Aktivitäten kann ich aufgrund meines Gewichts nicht teilnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich bin häufig niedergeschlagen wegen meinem hohen Gewicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hätte ich nicht so viele Probleme mit meinem Übergewicht, könnte ich es viel weiter bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welcher der folgenden Aussagen können Sie zustimmen oder nicht zustimmen?

	trifft zu	trifft nicht zu
1. Ich esse häufig den ganzen Tag kaum etwas, dafür schlag ich beim Abendessen richtig zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Manchmal habe ich Angst, das Essen nicht einschränken zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich achte darauf, dass ich mindestens dreimal am Tag esse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. In Gegenwart anderer esse ich meist sehr wenig. Dafür stopfe ich mich voll, sobald ich alleine bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich esse öfters auch nebenbei, z.B. beim Lesen, Fernsehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Manchmal denke ich, dass ich mein Essverhalten besser kontrollieren sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich bewege mich zu wenig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Unter der Woche esse ich meistens zu den gleichen Uhrzeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Während des Essens denke ich oft an den Kaloriengehalt und bekomme dann Schuldgefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Manchmal stehe ich mitten in der Nacht auf, um etwas zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Meistens esse ich mehr, weil ich nicht mehr rauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kennen Sie Essanfälle, bei denen Sie mit dem Essen nicht mehr aufhören können?

ja **nein**

Wenn ja, welche Aussagen charakterisieren Ihren Heißhunger?

	trifft zu	trifft nicht zu
1. Ich fühle mich während des Essens fremdgesteuert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es kommt phasenweise häufiger als einmal in der Woche vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nach so einem Essanfall mache ich mir schwere Selbstvorwürfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es kommt vor, dass ich danach erbreche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich kaufe extra dafür ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich achte darauf, dass ich dann alleine und ungestört bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Aus Angst zuzunehmen, nehme ich Abführmittel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe diese Essanfälle heimlich. Keiner weiß davon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zum Wohlbefinden

In den letzten vier Wochen ...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune						
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt						
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt						
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeschlafen gefühlt						
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren						
...habe ich mich entmutigt und traurig gefühlt						

Sind Sie durch Ihren jetzigen Gesundheitszustand bei folgenden Tätigkeiten eingeschränkt?	JA, STARK EINGESCHRÄNKT	JA, ETWAS EINGESCHRÄNKT	NEIN, NICHT EINGESCHRÄNKT
anstrengende Tätigkeiten , z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben			
mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, <i>Golf spielen</i>			
Einkaufstaschen heben oder tragen			
mehrere Stockwerke steigen			
ein Stockwerk steigen			
sich beugen, knien, bücken			
mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen			
mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen			
eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen			
sich baden oder anziehen			

**KOPIERVORLAGE
BITTE ÜBER 1 WOCHE FÜHREN**

Meine Tagesübersicht

NAME: _____ Geburtsdatum: _____

Datum: _____ Wochentag: _____

Mahlzeit	<i>Ich habe gegessen</i>	<i>Ich habe getrunken</i>
Frühstück		
eventuell Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
eventuell Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: **JA** (welche Sportart und wie lange) : _____

NEIN _____

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z.B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

Bewegungstagebuch

Tag	Wie war der Alltag?	Wie haben Sie sich bewegt?	Haben Sie Sport betrieben?	mein heutiges Befinden	eigene Bemerkungen
Mo	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️	
Di	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️	
Mi	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️	
Do	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️	
Fr	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____ _____	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️	

	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	_____		
Sa	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️	
So	<input type="checkbox"/> meist sitzend <input type="checkbox"/> viel gelaufen <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> bewegungsarm <input type="checkbox"/> arbeitsintensiv <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Bus & Bahn <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Rolltreppe/ Lift <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Dauer _____	<input type="checkbox"/> 😊 <input type="checkbox"/> 😐 <input type="checkbox"/> ☹️	

Bitte beschreiben Sie den Ablauf eines typischen Wochenendes:

ERNÄHRUNGSPROTOKOLL

So ernähre ich mich

Name: _____
 Adresse: _____
 Alter (Jahre): _____
 Größe (cm): _____
 Gewicht zu Beginn: _____ kg
 Gewicht am Ende: _____ kg
 Protokolltage: _____

Beachten Sie bitte beim Ausfüllen:

- Nehmen Sie Ihr Ernährungsprotokoll überall mit hin. Notieren Sie bitte alles. Auch z. B. Nüsse, Bonbons und Snacks beim Fernsehen. Versuchen Sie während dieser Woche nicht abzunehmen, aber auch nicht zuzunehmen.
- Machen Sie jeweils einen Strich für die angegebene Portionsmenge.
- Die Bezeichnung „Tasse“ ist ein Maß für die Menge, die in eine normale Kaffeetasse passt.
- Ändern Sie die Mengenbezeichnungen nicht.
- Geben Sie Ihr Gewicht vor und nach der Woche an.
- Nach sieben Tagen zählen Sie bitte Ihre Strichlisten zusammen und tragen in die entsprechenden Kästchen die Summe ein
- Mengenerläuterung:
 1 Esslöffel (EL) = 15 ml
 1 Teelöffel /TL) = 5 ml
 1 Tasse (s.o.) = 125 ml

Brot			
Lebensmittel	Anzahl	Summe	Kücheneinheit
Graubrot			Scheibe 40,0 g
Weißbrot, Toast			Scheibe 25,0 g
Vollkornbrot			Scheibe 45,0 g
Rosinenbrot mit Hefe und Sultaninen			Scheibe 30,0 g
1/2 Brötchen			Stück 25,0 g
1/2 Vollkornbrötchen			Stück 30,0 g
Croissant aus Blätterteig			Stück 70,0 g
Knäcke, Zwieback			Scheibe 10,0 g
Brotbelag			
Butter			Teelöffel 5,0 g
Margarine			Teelöffel 5,0 g
Butter halbfett			Teelöffel 5,0 g
Margarine halbfett			Teelöffel 5,0 g
Wurst			Scheibe 25,0 g
Wurst fettreduziert			Scheibe 25,0 g
Schinken roh			Portion 10,0 g
Schinken gekocht			Scheibe 30,0 g
Salami			Portion 30,0 g
Käse unter 20% Fett			Portion 30,0 g
Käse 20-40% Fett			Portion 30,0 g
Käse über 40% Fett			Portion 30,0 g
Camembert			Portion 30,0 g
Frischkäse Rahmstufe			Portion 30,0 g
Marmelade, Gelee			Teelöffel 10,0 g
Honig			Teelöffel 10,0 g
Nußnougatcreme			Portion 20,0 g
Magerquark (≤3% Fett)			Eßlöffel 30,0 g
Speisequark (10%Fett)			Eßlöffel 30,0 g
Eier			Stück 60,0 g
Cerealien (Corn Flakes, etc.)			
Haferflocken, trocken			Esslöffel 10,0 g
Früchte-Müsli			Tasse 50,0 g
Schoko-Müsli			Tasse 50,0 g
Frischkornbrei			Tasse 125 g

Cornflakes, trocken			Tasse 20,0 g
Kaffee und Milchprodukte			
Kaffee, Tee (schwarz)			Tasse 125 g
Früchte-/Kräutertee			Tasse 125 g
Dosenmilch			Teelöffel 5,00 g
Zucker			Teelöffel 5,00 g
Süßstoffe			Tabl./Tropf. 0,5 g
Kakao			Tasse 125 g
Trinkmilch 3,5 %			Tasse 125 g
Trinkmilch 1,5 %			Tasse 125 g
Buttermilch			Tasse 125 g
Naturjoghurt 3,5 % Fett			kleiner Becher 150 g
Naturjoghurt 1,5 % Fett			kleiner Becher 150 g
Naturjoghurt 0,1 % Fett			Kl. Becher 150 g
Joghurt mit Fruchtzubereitung			kleiner Becher 150 g
Fleisch- und Wurstwaren			
Kotelett, Schnitzel (paniert)			Portion 125 g
Steak, Schnitzel natur			Portion 125 g
Putenschnitzel			Portion 125 g
Hähnchenschnitzel			Portion 125 g
Braten			Portion 125 g
Gulasch, Ragout			Tasse 125 g
Bratwurst			Stück 100 g
Bockwurst			Stück 125 g
Fleisch-, Kochwurst			Portion 100 g
Frikadelle, Klops			Stück 100 g
1/2 Hähnchen			Stück 370 g
Leber, Herz, Niere			Portion 125 g
Mett, Gehacktes			Portion 100 g
Tatar, Schabefleisch			Portion 100 g
Speck, Bauchfleisch			Scheibe 50,0 g
Fleischsalat			Portion 50 g
Beilagen, Soßen & Suppen			
Kartoffeln			Stück 80,0 g
Kartoffelpüree			Tasse 150 g
Klöße, Knödel			Stück 80,0 g

Bratkartoffeln		Tasse 120 g
Pommes Frites		Portion 100 g
Kartoffelpuffer		Stück 70,0 g
Kartoffelsalat		Portion 150 g
Reis, gekocht		Tasse 100 g
Nudeln, gekocht		Tasse 100 g
Pizza, mittelgroß		Stück 300 g
Mehlpfannkuchen		Stück 180 g
Klare Suppe		Teller, 250 ml
Gebundene Suppe		Teller, 250 ml
Gemüsesuppe, dick		Portion, 350 ml
Soßen hell		Portion 60,0 g
Soßen dunkel		Portion 60,0 g
Tomatenketchup		Portion 20,0 g
Hackfleischsoße		Esslöffel 20,0 g
Käsesoße		Portion 60,0 g
Gemüse		
Gemüse, gebunden		Portion 200 g
Gemüse, gedünstet		Portion 200 g
Hülsenfrüchte		Portion 200g
Tomaten frisch		Stück 60,0 g
Gurke		Stück 100 g
Rohkostsalat		Portion 150 g
Blattsalat gemischt		Portion 150 g
Gemüsepaprika frisch		Stück 150 g
Mohrrübe frisch		Stück 150 g
Radieschen frisch		Stück 15,0 g
Sahne-Dressing		Esslöffel 30 g
Essig-Öl-Marina		Esslöffel 30 g
Joghurt-Dressing		Esslöffel 30 g
Fisch		
Fisch gekocht oder gedünstet		Portion 150 g
Fisch gebraten		Portion 150 g
Fisch, paniert		Portion 150 g
Fischstäbchen		Stück 30,0 g
Fischkonserve		Dose 180 g

Fisch, geräuchert		Stück 70,0 g
Rollmops, Matjes		Stück 90,0 g
Krustentiere		Portion 100 g
Heringssalat		Portion 50 g
Getränke		
Fruchtsaft (100% Frucht)		Glas 200 g
Limonade, Cola		Glas 200 g
Lightgetränke		Glas 200 g
Mineralwasser oder Sodastreamer		Glas 200 g
Gemüsesaft		Glas 200 g
Bier alkoholfrei		Glas 300 g
Bier		Glas 300 g
Wein, Sekt		Glas 125 g
Spirituosen		Schnapsglas 20,0 g
Likör, Apfelf Korn		Schnapsglas 20,0 g
Obst		
Apfel, Birne		Stück 125 g
Pfirsich, Nektarine		Stück 125 g
Trauben, Beeren		Stück 100 g
Orange /Apfelsine		Stück 150 g
Banane		Stück 140 g
Trockenobst		Tasse 70,0 g
Kiwi		Stück 45 g
Kirschen, frisch		Portion 125 g
Pflaumen, frisch		Portion 125 g
Kuchen und Dessert		
Obstkuchen		Stück 100 g
Trockenkuchen		Stück 70,0 g
Sahne-, Cremetorte		Stück 120 g
Stückchen, Teilchen		Stück 100 g
Schlagsahne		Esslöffel 20,0 g
Waffeln		Portion 150 g
Eis		Portion 150 g
Milchpudding		Portion 150 g
Kompott, Apfelmus		Portion 125 g
Süßwaren und Snacks		

Bonbon		Stück 5 g
Kekse		Stück 10 g
Müsliriegel		Stück 50 g
Schokolade		Stückchen 20 g
Schokoriegel (z. B. Mars, Nuts)		Stück 60,0 g
Pralinen		Stück 13,0 g
Gummibärchen		Handvoll 15 g
Nüsse		Handvoll 50 g
Salzige Knabberereien		Handvoll 50 g
Kartoffelchips		Handvoll 50 g
Studentenfutter mit Erdnüssen		Handvoll 50 g
Negerkuss, mittelgroß		Stück 20 g

Für Lebensmittel, die nicht in dieser Liste aufgeführt sind			
Lebensmittel	Anzahl	Sum	Kücheneinheit

Ggfs. wichtige Anmerkungen für die Auswertung:
