NutriMental Screener

Bitte beantworten Sie alle Fragen so gut Sie können.

Haben Sie eine ***Stoffwechselerkrankung*** oder ***Herz-Kreislauf-Probleme***? (z. B. Diabetes, Hyperlipidämie, Schlaganfall, Herzerkrankung)	□ nein	□ ja
Haben Sie ***Probleme beim Kauen oder Schlucken***? (z. B. eine Schluckstörung)	□ nein	□ ja
Haben Sie ***Verdauungsprobleme***? (z. B. Durchfall, Verstopfung, Reflux)	□ nein	□ ja
Hatten Sie eine ***Essstörung*** in der Vorgeschichte? (z. B. Anorexia, Bulimie, Binge Eating)	□ nein	□ ja
Liegt Ihr ***Körpergewicht außerhalb des empfohlenen Bereichs***?	□ nein	□ ja
eher Untergewicht (z. B. BMI < 20)	□ nein	□ ja
eher Übergewicht (z. B. BMI > 30)	□ nein	□ ja
Haben Sie ***andere gesundheitliche Probleme***, bei denen Sie von einer Ernährungsfachkraft unterstützt werden könnten? (z. B. Krebs, Nierenerkrankungen, Zöliakie)? wenn ja, welche? Wenn ja, welche: _____	□ nein	□ ja

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten ***besondere Anforderungen an die Ernährung****?* (z. B. Lebensmittelallergien / -unverträglichkeiten, besondere Diätvorschriften) Falls ja, welche? _____	□ nein	□ ja
Haben Sie in den letzten 6 Monaten ***bestimmte Lebensmittel aufgrund von unerwünschten Reaktionen oder nachteiligen Effekten*** ausgeschlossen? (z. B. Weizen, Milchprodukte, Fleisch) Falls ja, welche? _____	□ nein	□ ja
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten ***weniger als drei Stuhlgänge pro Woche***?	□ nein	□ ja
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten ***eine unbeabsichtigte, nennenswerte Gewichtsveränderungen***? (Gewichtsverlust oder –zunahme, z. B. von mehr als 5 kg)	□ nein	□ ja
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten ***nennenswerte Veränderungen hinsichtlich Ihres Appetits***? (z. B. Appetitverlust oder Appetitzunahme)	□ nein	□ ja
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten ***mehrere Tage lang ein starkes Verlangen zu essen***, ***Sorgen oder Ängste in Bezug auf das Essen*** *oder* ***dachten Sie in einer Weise ans Essen, die Sie nicht kontrollieren konnten***?	□ nein	□ ja
Haben Sie in den letzten 6 Monaten ***aus nicht-religiösen Gründen gefastet***, ***sich erbrochen***, ***Abführmittel eingenommen*** oder ***übermäßig Sport gemacht, um Ihr Gewicht zu kontrollieren***?	□ nein	□ ja
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten ***mehrmals nichts zu essen*** bzw. ***nicht genügend Essen zu Hause***?	□ nein	□ ja

Wünschen Sie sich bei einem oder mehreren der angesprochenen Themen zusätzliche Unterstützung in Bezug auf Ihre Ernährung?	□ nein	□ ja

- bitte wenden (Notizen zum Gespräch) -

Notizen zum Gespräch: