



## NutriMental Screener

Bitte beantworten Sie alle Fragen so gut Sie können.

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

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten <b>besondere Anforderungen an die Ernährung</b> ? (z. B. Lebensmittelallergien / -unverträglichkeiten, besondere Diätvorschriften) Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie in den letzten 6 Monaten <b>bestimmte Lebensmittel aufgrund von unerwünschten Reaktionen oder nachteiligen Effekten</b> ausgeschlossen? (z. B. Weizen, Milchprodukte, Fleisch) Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten <b>weniger als drei Stuhlgänge pro Woche</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten <b>eine unbeabsichtigte, nennenswerte Gewichtsveränderungen</b> ? (Gewichtsverlust oder -zunahme, z. B. von mehr als 5 kg)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten <b>nennenswerte Veränderungen hinsichtlich Ihres Appetits</b> ? (z. B. Appetitverlust oder Appetitzunahme)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten <b>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</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie in den letzten 6 Monaten <b>aus nicht-religiösen Gründen gefastet, sich erbrochen, Abführmittel eingenommen oder übermäßig Sport gemacht, um Ihr Gewicht zu kontrollieren</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten <b>mehrmals nichts zu essen bzw. nicht genügend Essen zu Hause</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

<b>Wünschen Sie sich</b> bei einem oder mehreren der angesprochenen Themen zusätzliche Unterstützung in Bezug auf Ihre Ernährung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	---

- bitte wenden (Notizen zum Gespräch) -

