

Ernährungsprotokoll - *Hypnose Schlieren Karimi*

Name: _____ Vorname: _____

Grösse: _____ cm Gewicht: _____ kg

Körperfett: in Prozent: _____ %

Bauchumfang: _____ cm Taille: _____ cm

Ich schlafe : gut normal schlecht

Alter: _____

Beruf: _____

Sportliche Aktivitäten: ja / nein _____ x pro Woche

Diabetes: ja / nein

Bluthochdruck: ja / nein

Erhöhte Harnsäure, Gicht: ja / nein

Mein Ziel ist:

Ich will _____ kg abnehmen in _____ Wochen / Monaten

Ich will das mein Körperfettanteil um die _____ Prozent liegt

Samstag

1. Frühstück um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Samstag

2. Frühstück um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Samstag

3. Mittagessen um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Samstag

4. Nachmittagssnack um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Samstag

5. Nachtessen um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Samstag

6. Snack um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Sonntag

1. Frühstück um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Sonntag

2. Frühstück um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Sonntag

3. Mittagessen um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Sonntag

4. Nachmittagssnack um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Sonntag

5. Nachtessen um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Sonntag

6. Snack um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Montag

1. Frühstück um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Montag

2. Frühstück um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Montag

3. Mittagessen um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Montag

4. Nachmittagssnack um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Montag

5. Nachtessen um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Montag

6. Snack um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Dienstag

1. Frühstück um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Dienstag

2. Frühstück um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Dienstag

3. Mittagessen um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Dienstag

4. Nachmittagssnack um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Dienstag

5. Nachtessen um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Dienstag

6. Snack um _____ Uhr

Ich habe folgendes gegessen:

Ich habe folgendes dazu getrunken:

Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Grösse cm Gewicht kg <input type="checkbox"/> Ich bin übergewichtig	1	<input type="checkbox"/> Ich habe Diabetes <input type="checkbox"/> Bluthochdruck und/oder hohes Cholesterin <input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäure, Gicht	1 1 1
Frühstücken Sie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Selten	0 1 1	Snacken Sie oft zwischendurch? (Obst, Schokolade, Biscuits, Joghurt, Nüsse, etc.) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
Wieviele Portionen Obst und Gemüse essen Sie/d? <input type="checkbox"/> 5 oder mehr <input type="checkbox"/> 3-4 Portionen <input type="checkbox"/> 2-3 Portionen <input type="checkbox"/> 1 oder weniger	0 1 1 1	Was und wie viel trinken Sie? <input type="checkbox"/> Hauptsächlich Wasser /Mineral <input type="checkbox"/> bis 0.5 l Süssgetränke / Tag <input type="checkbox"/> mehr als 0.5 l Süssgetränke /Tag <input type="checkbox"/> Bis 3 Tassen Kaffee / Tag <input type="checkbox"/> 4-5 Tassen Kaffee / Tag <input type="checkbox"/> Mehr als 5 Tassen Kaffee / Tag <input type="checkbox"/> Ich trinke total mehr als 2 Liter / Tag <input type="checkbox"/> Ich trinke zwischen 1.5-2 Liter / Tag <input type="checkbox"/> Ich trinke weniger als 1 Liter / Tag <input type="checkbox"/> Ich trinke täglich Milch <input type="checkbox"/> Ich trinke selten bis nie Milch	0 0 1 0 1 1 0 0 1 0 0
Wie sieht Ihr Mittagessen aus? <input type="checkbox"/> Meistens warme Mahlzeit, selbstgekocht (3 Komponenten-Menü, Beilage, Fleisch, Gemüse) <input type="checkbox"/> Meistens kalte Mahlzeit, (alle 3 Komponenten) <input type="checkbox"/> 3 Komponenten-Menü auswärts <input type="checkbox"/> Ich lasse oft mein Mittagessen aus <input type="checkbox"/> Ich esse bewusst nur wenig zu Mittag <input type="checkbox"/> Ich esse nicht regelmässig zu Mittag <input type="checkbox"/> Ich esse i.d.R. nur ein Sandwich zu Mittag <input type="checkbox"/> Ich esse i.d.R. eine kalte Mahlzeit zu Mittag <input type="checkbox"/> Ich nehme selber etwas mit, auch Gemüse und Salat <input type="checkbox"/> Ich nehme selber etwas mit, Gemüse und Salat fehlt jedoch oft	0 0 0 1 1 1 1 0 0 0 1	Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke? <input type="checkbox"/> Selten bis nie <input type="checkbox"/> Ca. 1 Mal pro Woche 1-2 Glas <input type="checkbox"/> Ca. 2-3 Mal pro Woche 1-2 Glas <input type="checkbox"/> Ca. 2-3 Mal pro Woche mehr als 1-2 Glas <input type="checkbox"/> Täglich 1-2 Glas <input type="checkbox"/> Nur am Wochenende, dann aber viel	0 0 1 1 1 0
Haben Sie oft Essattacken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0	Mein Essverhalten <input type="checkbox"/> Ich esse eher schnell <input type="checkbox"/> Ich esse langsam und nehme mir Zeit <input type="checkbox"/> Ich esse oft vor dem Fernseher <input type="checkbox"/> Ich esse wenn möglich mit meiner Familie	1 0 1 0
Wie sieht ihr Abendessen aus? <input type="checkbox"/> Meistens eine warme Mahlzeit (3-Komponenten-Menü, Beilage, Fleisch, Gemüse)	0		

<input type="checkbox"/> Meistens Brot mit Käse oder Wurst <input type="checkbox"/> Oft nur Salat mit Fleisch (o.a. Eiweissquelle) <input type="checkbox"/> Kalte Mahlzeit mit Salat, Brot und Käse, etc. <input type="checkbox"/> Meistens auswärts (3-Komponenten-Menü, Beilage, Fleisch, Gemüse) <input type="checkbox"/> Meistens zu Hause	1 1 0 0 0	<input type="checkbox"/> Ich esse alleine (lebe alleine) in der Küche <input type="checkbox"/> Ich esse alleine (habe Familie) <input type="checkbox"/> Ich esse aus Frust <input type="checkbox"/> Ich esse aus Langeweile <input type="checkbox"/> Ich esse um mich zu beruhigen <input type="checkbox"/> Ich esse um mich zu trösten	0 1 1 1 1 1
Nach dem Nachtessen... <input type="checkbox"/> Hole ich mir meistens nochmal etwas zu essen <input type="checkbox"/> Esse ich in der Regel nichts mehr <input type="checkbox"/> Gehe ich manchmal mit Hunger ins Bett	1 0 1	Wie oft essen Sie Süssigkeiten? <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> 1 mal pro Tag, kleine Portion <input type="checkbox"/> Mehrmals pro Tag oder grosse Portion	0 0 1
Welches Öl/Fett verwenden Sie zum Anbraten? <input type="checkbox"/> Olivenöl oder Albaöl oder High oleic Öl <input type="checkbox"/> Rapsöl <input type="checkbox"/> Sonnenblumenöl oder andere pflanzliche Öle <input type="checkbox"/> Butter oder Bratbutter <input type="checkbox"/> Pflanzencreme <input type="checkbox"/> Schweineschmalz	0 1 1 0 0 1	Welche Öle brauchen Sie für Salatsauce? <input type="checkbox"/> Olivenöl <input type="checkbox"/> Rapsöl <input type="checkbox"/> Sonnenblumenöl oder Distelöl o.a. pflanzl. Öle <input type="checkbox"/> Baumnussöl <input type="checkbox"/> Leinöl <input type="checkbox"/> Fertige Salatsauce	0 0 1 0 0 1

Auswertung: Zählen Sie am Rand die Punkte zusammen, bei den Feldern, die Sie angekreuzt haben.

0-3 Punkte Ihre Ernährung scheint sehr ausgewogen zu sein, gratuliere! Sie achten auf eine gute Lebensmittelauswahl und auf ausgewogene Mahlzeiten. Machen Sie weiter so, es lohnt sich!	4-5 Punkte Machen Sie sich Gedanken über Ihre Ernährung. Ev. können Sie einige Sünden mit Sport wieder wett machen, trotzdem ist Ihre Ernährung nicht ideal. Eine gesunde Ernährung ist einer der wichtigsten Faktoren zur Prävention von Übergewicht, Herz-Kreislauf- Erkrankungen, Diabetes, Krebs, Rheumatische Erkrankungen, Alzheimer, etc.	6 und mehr Punkte Es besteht Handlungsbedarf! Es ist Zeit, dass Sie sich mit dem Thema Ernährung weiter auseinander setzen. Sie haben ein erhöhtes Risiko für Zivilisationskrankheiten. Am besten lassen Sie sich von einer Ernährungsberaterin beraten. Sie gibt Ihnen Tipps und hilft Ihnen, Ihre Ernährung schrittweise umzustellen.
--	--	---