



Fragebogen „mein-RESET“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bitte helfen Sie uns mit den folgenden Angaben, um einen optimalen Erfolg zu erzielen.

Name:

Geburtsdatum:

Beruf / aktuelle berufliche Belastung:

Wer lebt mit Ihnen im Haushalt?

Aktuelle Körperdaten (zuletzt gemessen: _____) Größe (in cm): _____ Aktuelles Gewicht (in kg): _____

Gewünschtes Zielgewicht (realistisch gedacht): _____

Höchstes Gewicht bisher: _____ Niedrigstes Gewicht im Erwachsenenalter: _____

Medizinische Vorgeschichte

Bitte kreuzen Sie an, ob eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen aktuell oder früher bestand:

- ☐ Diabetes Typ 1
- ☐ Schilddrüsenkrebs (medullär)
- ☐ MEN-Syndrom (multiple endokrine Neoplasien)
- ☐ Schwere Essstörung (Anorexie, Bulimie, Binge-Eating)
- ☐ Chronische Magen-Darm-Erkrankung
- ☐ Chronische Lebererkrankung
- ☐ Chronische Nierenerkrankung
- ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung (z. B. Herzinfarkt, Herzschwäche)
- ☐ Psychische Erkrankung (bitte ggf. konkretisieren):
- ☐ Andere relevante Vorerkrankungen:

Falls Sie Medikamente einnehmen, bringen Sie bitte eine Liste mit oder tragen Sie sie hier ein:

Bisherige Diät- oder Abnehmversuche

Welche Methoden haben Sie bisher ausprobiert?

(z. B. FDH, Weight Watchers, Intervallfasten, Low Carb, Abnehmspritze etc.)

Was hat gut funktioniert – und was nicht?

Warum glauben Sie, hat das Gewicht wieder zugenommen?

Ernährungsgewohnheiten

Wie würden Sie Ihre Ernährung beschreiben?

- ☐ eher ausgewogen
- ☐ eher kohlenhydratreich
- ☐ eher fett- oder zuckerlastig
- ☐ oft unregelmäßig / viele Snacks
- ☐ häufig emotionales Essen (z. B. aus Stress / Frust)

Wie viele Mahlzeiten essen Sie in der Regel pro Tag? _____

Wie oft trinken Sie Alkohol pro Woche? _____

Wie viele zuckerhaltige Getränke (Softdrinks, Saft, etc.) konsumieren Sie pro Woche? _____

Bewegung und Alltag

Wie oft bewegen Sie sich bewusst (z. B. Spaziergänge, Sport, Radfahren)?

- ☐ täglich
- ☐ mehrmals pro Woche
- ☐ selten

Welche sportlichen Aktivitäten machen Ihnen (noch) Spaß?

Wie viel Zeit verbringen Sie täglich im Sitzen (z. B. beruflich, TV, Auto)?

Motivation & Zielsetzung

Warum möchten Sie mit mein-RESET starten?

Was soll sich für Sie verändern – über das Gewicht hinaus?

Auf einer Skala von 1–10: Wie motiviert fühlen Sie sich aktuell für diesen Weg? _____

Persönliche Einschätzung

Was könnte Ihnen beim Dranbleiben helfen?

Was könnte Sie eher bremsen?

Gibt es etwas, das wir unbedingt über Sie wissen sollten, um Sie bestmöglich zu begleiten?

Herzlichen Dank für Ihre Offenheit! Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zum Erstgespräch mit.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam