



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich entschieden haben Ihr Übergewicht behandeln zu lassen.

Um Sie gezielt beraten zu können, benötigen wir vorab einige Informationen von Ihnen. Daher möchten wir Sie bitten, den beigefügten **Fragebogen** gewissenhaft und vollständig auszufüllen und **unbedingt bei der Erstvorstellung mitzubringen**. Dieser recht umfangreiche Fragebogen erleichtert uns das Erstgespräch.

Ohne diese Unterlagen kann ein medizinisches Gespräch nicht erfolgen.

Wir möchten Sie weiterhin bitten, alle Ihnen zur Verfügung stehenden Unterlagen (Arztbriefe, Kurzberichte, Nachweise über laufende oder durchgeführte Ernährungs-, Bewegungs- und ggf. Verhaltenstherapie, aktuelle Befunde bezüglich des Herzens, der Lunge, des Verdauungstraktes o.ä. sowie Laborwerte) zum Erstgespräch mitzubringen.

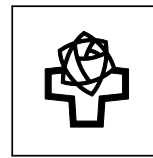
In unserem Adipositaszentrum werden folgende Leistungen angeboten:

- 1 Ein ausführliches Erst-Gespräch
- 2 Analyse Ihres aktuellen Essverhaltens anhand von Essprotokoll und Tagesplänen durch unsere/n Ernährungsberater/in
- 3 Besprechung der weiterführenden Diagnostik und Therapie
- 4 Vermittlung einer notwendigen Ernährungs-, Bewegungs- und wenn nötig, Verhaltenstherapie
- 5 Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens (operativ/konservativ)
- 6 Lebenslange Nachsorge nach operativer Therapie

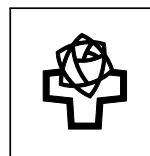
Wir freuen uns auf unser Kennenlernen im Erstgespräch! Bitte planen Sie dafür ca. **2 bis 3** Stunden ein.

Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns rechtzeitig telefonisch oder per Mail zu informieren, um Anderen einen zeitnahen Termin in unserem Adipositaszentrum zu ermöglichen.

ERFASSUNGSBOGEN ERST-VORSTELLUNG
Adipositaszentrum



KRANKENHAUS
ST. ELISABETH &
ST. BARBARA



Angaben zur Person

Datum _____

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____ Handy _____

Email-Adresse _____

Krankenkasse _____ Vers.-Nr. _____

Hausarzt (mit Adresse+Telefonnummer): _____

Diabetologe (mit Adresse+Telefonnummer): _____

Psychologe (mit Adresse+Telefonnummer): _____

Kardiologe (mit Adresse+Telefonnummer): _____

Pulmologe (mit Adresse+Telefonnummer): _____

Orthopäde (mit Adresse+Telefonnummer): _____

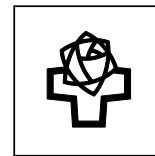
Wie sind Sie auf unsere Sprechstunde aufmerksam geworden?

Hausarzt Orthopäde Internet Verwandte/Bekannte Sonstige

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

Ja Nein

Datum: _____ Unterschrift: _____

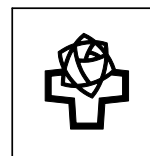


1. Fragen zur allgemeinen Krankengeschichte

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Krankheiten?

Krankheit	Ja, seit wann? (Jahr)	Nein	Ärztliche Bemerkung
Diabetes/Zuckerkrankheit (Typ 1/Typ 2)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Ggf. Schwangerschaftsdiabetes	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Herzgefäßerkrankung	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Herzschwäche	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Gefäßerkrankung	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Asthma bronchiale oder chronisch obstruktive Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Schlaf-Schnarch-Krankheit	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Erhöhter Harnsäurespiegel/Gicht	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Hormonstörungen	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Hormonersatztherapie?	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Polyzystisches Ovarialsyndrom (PCOS)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Erkrankung der Speiseröhre	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Sodbrennen/Aufstoßen	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Erkrankung des Magen/Zwölffingerdarm	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen/Nierensteine	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Gallensteine (oder OP)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	
Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	



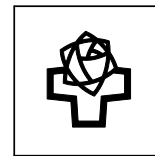
Krankheit	Ja, seit wann? (Jahr)	Nein	Ärztliche Bemerkung
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> , _____	<input type="checkbox"/>	
Wirbelsäulen-/Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> , _____	<input type="checkbox"/>	
Rheuma/rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> , _____	<input type="checkbox"/>	
Autoimmunerkrankungen	<input type="checkbox"/> , _____	<input type="checkbox"/>	
Krebserkrankungen (welche)	<input type="checkbox"/> , _____	<input type="checkbox"/>	
Depression	<input type="checkbox"/> ja, aktuell <input type="checkbox"/> ja, in der Vergangenheit <input type="checkbox"/> nein		
Allergien			
Andere			

Wurden Sie schon einmal operiert?

Organ	Wann?	Ärztliche Bemerkung

Welche Medikamente (bei Insulin mit Einheit pro Tag) nehmen Sie?

Name/Stärke	früh	mittags	abends	zur Nacht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



3. Fragen zur Familiengeschichte

Bitte zutreffendes ankreuzen!

Erkrankungen	Mutter	Vater	Kinder	Geschwister
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bösartige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verengung anderer Gefäße/Amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

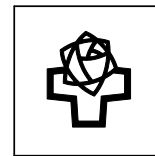
4. Fragen zum Lebensstil

Körperliche Aktivität

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? - wenn ja, welche?	
Haben Sie Luftnot bei Bewegung?	
Schämen Sie sich beim Sport? (z.B. Schwimmen)	

Rauchverhalten

Raucher	<input type="checkbox"/> Ja, seit _____ (Jahr) _____ Schachtel(n)/Woche	<input type="checkbox"/> Nein
Ex-Raucher	<input type="checkbox"/> Ja, seit _____	
Geraucht über	_____ Jahre _____ Schachtel(n)/Woche	



Sonstige Fragen

Sind Sie verheiratet, Single oder leben Sie in häuslicher Gemeinschaft mit anderen?	
Welchen Schulabschluss haben Sie?	
Haben Sie studiert?	
Welchen Beruf haben Sie gelernt?	
Sind Sie aktuell berufstätig und wo?	
Sind Sie aktuell berentet?	

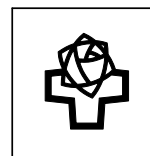
- Schnarchen Sie? ja nein
- wenn ja:* Sind Sie deshalb schon untersucht worden, z.B. im Schlaflabor? ja nein
- Sind Sie schon auf Atempausen aufmerksam gemacht worden? ja nein
- Waren oder sind Sie in psychologischer/psychiatrischer Mitbehandlung? ja nein
- Mobilität: mobil ohne Hilfsmittel mobil mit Hilfsmittel nicht mobil

5. Fragen zum Essverhalten

Essen Sie täglich Süßigkeiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stehen Sie nachts auf, um etwas zu essen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bekommen Sie Ess- / Heißhungerattacken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie regelmäßige Essenszeiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wie viele Hauptmahlzeiten essen Sie pro Tag?	_____	
Wie viele Zwischenmahlzeiten essen Sie pro Tag?	_____	
Sind Sie viel unterwegs und müssen außerhalb essen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Was essen Sie am liebsten?		
Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Auf welche reagieren Sie „allergisch“?		
Haben Sie nach dem Essen ein Sättigungsgefühl?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie
Essen Sie Fast Food?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie

Was trinken Sie?

<input type="checkbox"/> Mineralwasser	<input type="checkbox"/> Cola, Fanta, etc.	<input type="checkbox"/> Fruchtsäfte
<input type="checkbox"/> Kaffee	<input type="checkbox"/> Tee	<input type="checkbox"/> anderes, was? _____
Zuckerhaltige Getränke	_____ Liter pro <u>Tag</u>	
Alkoholhaltige Getränke	_____ Liter pro <u>Woche</u>	



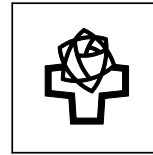
6. Fragen zu Diäten

Wie häufig haben Sie bereits Schlankheitsdiäten durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Noch nie	<input type="checkbox"/> 1 – 5 mal	<input type="checkbox"/> 6 – 9 mal	<input type="checkbox"/> > 10 mal	<input type="checkbox"/> regelmäßig (mind. 2x jährlich)	<input type="checkbox"/> halte ständig Diät
-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--	--

Bitte geben Sie die letzten 3 Abnehmversuche an:

1. Versuch	2. Versuch	3. Versuch
<input type="checkbox"/> keine Angabe <input type="checkbox"/> Stationär/Kur <input type="checkbox"/> Optifast <input type="checkbox"/> Weight Watchers <input type="checkbox"/> andere (ärztlich begleitet) <input type="checkbox"/> andere (nicht ärztlich begleitet)	<input type="checkbox"/> keine Angabe <input type="checkbox"/> Stationär/Kur <input type="checkbox"/> Optifast <input type="checkbox"/> Weight Watchers <input type="checkbox"/> andere (ärztlich begleitet) <input type="checkbox"/> andere (nicht ärztlich begleitet)	<input type="checkbox"/> keine Angabe <input type="checkbox"/> Stationär/Kur <input type="checkbox"/> Optifast <input type="checkbox"/> Weight Watchers <input type="checkbox"/> andere (ärztlich begleitet) <input type="checkbox"/> andere (nicht ärztlich begleitet)
Jahr:	Jahr:	Jahr:
Dauer (Monate):	Dauer (Monate):	Dauer (Monate):

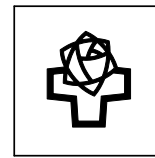


Zum Abschluss finden Sie auf den nächsten Seiten ein **Bewegungstagebuch** sowie ein **Ernährungsprotokoll**. Bitte führen Sie beides über 7 Tage.

Im Stücklistenprotokoll notieren Sie bitte das Gegessene und Getrunkene. Nach 7 Tagen zählen Sie alle Striche pro Zeile zusammen und schreiben die Summe in die dafür vorgesehene Spalte.

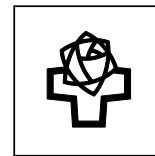
Bei dem Formular „Meine Tagesübersicht“ geht es um Mahlzeitenverteilungen und Zwischenmahlzeiten.

ACHTUNG: Die Tagespläne ersetzen nicht das Strichlistenprotokoll!



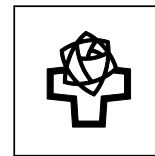
Bewegungstagebuch

Tag	Wie war der Alltag?	Wie haben Sie sich bewegt?	Waren Sie sportlich aktiv?	Mein heutiges befinden	Eigene Bemerkungen
Mo	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein	☺	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Rad	<input type="checkbox"/> ja, Art / Dauer	☹	
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> wenig bewegt	<input type="checkbox"/> Auto	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/Lift	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	_____	☹	
Di	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein	☺	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Rad	<input type="checkbox"/> ja, Art / Dauer	☹	
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> wenig bewegt	<input type="checkbox"/> Auto	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/Lift	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	_____	☹	
Mi	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein	☺	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Rad	<input type="checkbox"/> ja, Art / Dauer	☹	
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> wenig bewegt	<input type="checkbox"/> Auto	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/Lift	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	_____	☹	
Do	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein	☺	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Rad	<input type="checkbox"/> ja, Art / Dauer	☹	
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> wenig bewegt	<input type="checkbox"/> Auto	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/Lift	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	_____	☹	



Tag	Wie war der Alltag?	Wie haben Sie sich bewegt?	Waren Sie sportlich aktiv?	Mein heutiges befinden	Eigene Bemerkungen
Fr	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein	☺	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Rad	<input type="checkbox"/> ja, Art / Dauer	☹	
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn		☹	
	<input type="checkbox"/> wenig bewegt	<input type="checkbox"/> Auto	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/Lift	_____		
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	_____		
Sa	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein	☺	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Rad	<input type="checkbox"/> ja, Art / Dauer	☹	
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn		☹	
	<input type="checkbox"/> wenig bewegt	<input type="checkbox"/> Auto	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/Lift	_____		
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	_____		
So	<input type="checkbox"/> meist sitzend	<input type="checkbox"/> zu Fuß	<input type="checkbox"/> nein	☺	
	<input type="checkbox"/> viel gelaufen	<input type="checkbox"/> mit dem Rad	<input type="checkbox"/> ja, Art / Dauer	☹	
	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> Bus & Bahn		☹	
	<input type="checkbox"/> wenig bewegt	<input type="checkbox"/> Auto	_____	☹	
	<input type="checkbox"/> arbeitsintensiv	<input type="checkbox"/> Rolltreppe/Lift	_____		
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	_____		

Bitte beschreiben Sie den Ablauf eines typischen Wochenendes:



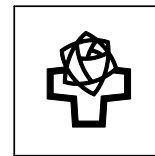
Ernährungsprotokoll

So ernähre ich mich

Name, Vorname:	
Größe (cm):	
Gewicht zu Beginn (kg):	
Gewicht am Ende (kg):	
Protokolltage:	

Beachten Sie bitte beim Ausfüllen!

1. 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 weder ab- noch zuzunehmen.
2. Machen Sie jeweils einen Strich für die angegebene Portionsmenge.
3. Die Bezeichnung „Tasse“ ist ein Maß für die Menge, die in eine normale Kaffeetasse passt.
4. Ändern Sie die Mengenbezeichnung nicht.
5. Geben Sie Ihr Gewicht vor und nach der Woche an.
6. Nach sieben Tagen zählen Sie bitte Ihre Strichlisten zusammen und tragen in die entsprechenden Kästchen die Summe ein.
7. Mengenerläuterung:
1 Esslöffel (EL) = 15 ml
1 Teelöffel (TL) = 5 ml
1 Tasse (Tasse) = 125 ml



Meine Tagesübersicht

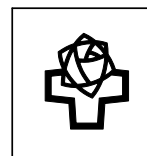
Datum, Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen:	Ich habe getrunken:
Frühstück		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: Ja (welche Sportart und wie lange): _____

Nein

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



Meine Tagesübersicht

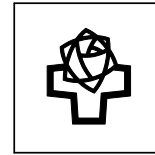
Datum, Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen:	Ich habe getrunken:
Frühstück		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: Ja (welche Sportart und wie lange): _____

Nein

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



Meine Tagesübersicht

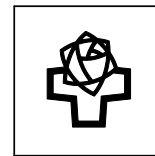
Datum, Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen:	Ich habe getrunken:
Frühstück		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: Ja (welche Sportart und wie lange): _____

Nein

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



Meine Tagesübersicht

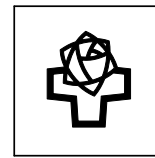
Datum, Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen:	Ich habe getrunken:
Frühstück		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: Ja (welche Sportart und wie lange): _____

Nein

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



Meine Tagesübersicht

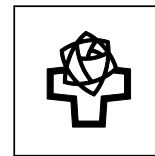
Datum, Wochentag: _____

Mahlzeit	Ich habe gegessen:	Ich habe getrunken:
Frühstück		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
evtl. Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: Ja (welche Sportart und wie lange): _____

Nein

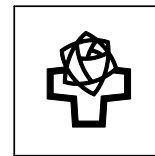
Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z.B. Grillparty, Geburtstagsfeier) _____



Brot			
<i>Lebensmittel</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Summe</i>	<i>Kücheneinheit</i>
Graubrot			Scheibe 40 g
Weißbrot, Toast			Scheibe 25 g
Vollkornbrot			Scheibe 45 g
Rosinenbrot mit Hefe und Sultaninen			Scheibe 30 g
½ Brötchen			Stück 25 g
½ Vollkornbrötchen			Stück 30 g
Croissant aus Blätterteig			Stück 70 g
Knäcke, Zwieback			Scheibe 10 g

Brotbelag			
<i>Lebensmittel</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Summe</i>	<i>Kücheneinheit</i>
Butter			Teelöffel 5 g
Margarine			Teelöffel 5 g
Butter halbfett			Teelöffel 5 g
Margarine halbfett			Teelöffel 5 g
Wurst			Scheibe 25 g
Wurst fettreduziert			Scheibe 25 g
Schinken roh			Portion 10 g
Schinken gekocht			Scheibe 30 g
Salami			Portion 30 g
Käse unter 20 % Fett			Portion 30 g
Käse 20 % - 40 % Fett			Portion 30 g
Käse über 40 % Fett			Portion 30 g
Camembert			Portion 30 g
Frischkäse Rahmstufe			Portion 30 g
Marmelade, Gelee			Teelöffel 10 g
Honig			Teelöffel 10 g
Nussnougatcreme			Portion 20 g
Magerquark (<3 % Fett)			Esslöffel 30 g
Speisequark (10 % Fett)			Esslöffel 30 g
Eier			Stück 60 g

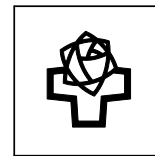
Cerealien (Cornflakes, etc.)			
<i>Lebensmittel</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Summe</i>	<i>Kücheneinheit</i>
Haferflocken trocken			Esslöffel 10 g
Früchte-Müsli			Tasse 50 g
Schoko-Müsli			Tasse 50 g
Frischkornbrei			Tasse 125 g
Cornflakes trocken			Tasse 20 g



Kaffee und Milchprodukte			
<i>Lebensmittel</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Summe</i>	<i>Kücheneinheit</i>
Kaffee, Tee (schwarz)			Tasse 125 g
Früchte, Kräutertee			Tasse 125 g
Dosenmilch			Teelöffel 5 g
Zucker			Teelöffel 5 g
Süßstoffe			Tabl./Tropfen 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			kleiner Becher 150 g
Joghurt mit Fruchtzubereitung			kleiner Becher 150 g

Fleisch- und Wurstwaren			
<i>Lebensmittel</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Summe</i>	<i>Kücheneinheit</i>
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
½ Hähnchen			Stück 370 g
Leber, Herz, Niere			Portion 125 g
Mett, Gehacktes			Portion 100 g
Tatar, Schabefleisch			Portion 100 g
Speck, Bauchfleisch			Scheibe 50 g
Fleischsalat			Portion 50 g

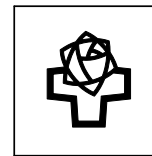
Fisch			
<i>Lebensmittel</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Summe</i>	<i>Kücheneinheit</i>
Fisch gekocht oder gedünstet			Portion 150 g
Fisch gebraten			Portion 150 g
Fisch paniert			Portion 150 g
Fisch geräuchert			Stück 70 g
Fischstäbchen			Stück 30 g
Fischkonserve			Dose 180 g
Rollmops, Matjes			Stück 30 g
Krustentiere			Portion 100 g
Heringsalat			Portion 50 g



Beilagen, Soßen und Suppen			
<i>Lebensmittel</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Summe</i>	<i>Kücheneinheit</i>
Kartoffeln			Stück 80 g
Kartoffelpüree			Tasse 150 g
Klöße, Knödel			Stück 80 g
Bratkartoffeln			Tasse 120 g
Pommes Frites			Portion 100 g
Kartoffelpuffer			Stück 70 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 g
Soßen dunkel			Portion 60 g
Tomatenketchup			Portion 20 g
Hackfleischsoße			Esslöffel 20 g
Käsesoße			Portion 60 g

Gemüse			
<i>Lebensmittel</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Summe</i>	<i>Kücheneinheit</i>
Gemüse gebunden			Portion 200 g
Gemüse gedünstet			Portion 200 g
Hülsenfrüchte			Portion 200 g
Tomaten frisch			Stück 60 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 g

Dressing/Marinade			
<i>Lebensmittel</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Summe</i>	<i>Kücheneinheit</i>
Sahne-Dressing			Esslöffel 30 g
Essig-Öl-Marinade			Esslöffel 30 g
Joghurt-Dressing			Esslöffel 30 g



Obst			
<i>Lebensmittel</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Summe</i>	<i>Kücheneinheit</i>
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 g
Kiwi			Stück 45 g
Kirschen, frisch			Portion 125 g
Pflaumen, frisch			Portion 125 g

Getränke			
<i>Lebensmittel</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Summe</i>	<i>Kücheneinheit</i>
Fruchtsaft (100 % Frucht)			Glas 200 g
Limonade, Cola			Glas 200 g
Lightgetränke			Glas 200 g
Mineralwasser/Sodawasser			Glas 200 g
Gemüsesaft			Glas 200 g
Bier alkoholfrei			Glas 300 g
Bier			Glas 300 g
Wein, Sekt			Glas 125 g
Spirituosen			Schnapsglas 20 g
Likör, Apfelkorn			Schnapsglas 20 g

Kuchen und Dessert			
<i>Lebensmittel</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Summe</i>	<i>Kücheneinheit</i>
Obstkuchen			Stück 100 g
Trockenkuchen			Stück 70 g
Sahne-, Cremetorte			Stück 120 g
Stückchen, Teilchen			Stück 100 g
Schlagsahne			Esslöffel 20 g
Waffeln			Portion 150 g
Eis			Portion 150 g
Milchpudding			Portion 150 g
Kompott, Apfelmus			Portion 125 g

