

EINGANGSFRAGEBOGEN

Essen & Trinken in der Schwangerschaft

Name	
Geburtsdatum	
Größe	
Ausgangsgewicht & aktuelles Gewicht	
Wohnort	
Beruf	
Familienstand	

Ist Ihre Schwangerschaft geplant?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
Bisherige Schwangerschaften?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Anzahl: _____	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
Haben Sie in den vergangenen Schwangerschaften bereits Fehlgeburten erlitten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Falls ja, wie viele? _____	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
Ihre SS verläuft?	<input type="radio"/> Problemlos	<input type="radio"/> Mit leichten Komplikationen, nämlich mit _____	<input type="radio"/> Anstrengend, weil _____
Gab es in Ihrer Familie Auffälligkeiten o. Komplikationen bei Schwangerschaften?	<input type="radio"/> Ja, folgende: _____ _____ _____	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ich weiß es nicht

EINGANGSFRAGEBOGEN

Essen & Trinken in der Schwangerschaft

Nehmen Sie Medikamente o. Supplemente ein?	<input type="radio"/> Ja, folgende: _____ _____ _____	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
Leiden Sie an Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder -allergien?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> An folgenden: _____ _____ _____	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
Hat sich Ihr Ernährungsverhalten in der SS verändert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Dies ist anders : _____ _____ _____	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
Hat sich Ihr Gesundheitsbewusstsein in der SS verändert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Dies ist anders : _____ _____ _____	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
Treiben Sie Sport?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ich übe folgende Sportart(en) aus: _____ _____ _____	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe
Hat sich Ihr Bewegungsverhalten in der SS verändert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Dies ist anders : _____ _____ _____	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Keine Angabe

EINGANGSFRAGEBOGEN

Essen & Trinken in der Schwangerschaft

Wer kocht bei Ihnen im Haushalt?	<input type="radio"/> Sie selbst	<input type="radio"/> Partner	<input type="radio"/> Sonstige: _____ _____
Gekocht wird bevorzugt ..	<input type="radio"/> Frisch	<input type="radio"/> Frisch & Convenience	<input type="radio"/> Convenience
Wer übernimmt den Einkauf bei Ihnen im Haushalt?	<input type="radio"/> Sie selbst	<input type="radio"/> Partner	<input type="radio"/> Sonstige: _____ _____
Erstellen Sie eine Einkaufsliste / einen Wochenplan?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Nein
Wo nehmen Sie Ihre Mahlzeiten bevorzugt ein?	<input type="radio"/> Zuhause am Esstisch <input type="radio"/> Zuhause vor dem Fernseher	<input type="radio"/> Zwischendurch <input type="radio"/> Im Gehen	<input type="radio"/> Im Restaurant / Schnellimbiss
Gibt es noch wichtige Aspekte, die wir über Sie wissen sollten?			
Sonstige Anmerkungen			