



# Herz & Bauch

## Fragebogen

*Kinderwunsch, Zyklus & Hormonbalance*

Fragebogen zur Vorbereitung deiner Ernährungsberatung

Bitte fülle den Fragebogen so gut aus, wie es für dich möglich ist. Nicht jede Frage muss auf dich zutreffen. Der Fragebogen dient der Vorbereitung deiner Ernährungsberatung und ersetzt keine medizinische Diagnostik, Behandlung oder Betreuung durch Ärztin/Arzt, Hebamme, Diabetologie, Stillberatung oder andere zuständige Fachpersonen.

Bitte sende vorhandene relevante Laborwerte, Befunde, Mutterpass-Einträge, oGTT-Ergebnisse, Blutzuckerwerte oder andere wichtige Unterlagen möglichst vor dem ersten Termin mit oder bringe sie zum Termin mit. Diese Informationen helfen mir, deine Situation ernährungsbezogen besser einzuordnen und die Beratung sinnvoll vorzubereiten.

Für Schwangerschaft, Stillzeit und Gestationsdiabetes sind vor allem aktuelle Werte und Befunde aus der Schwangerschaft beziehungsweise aus den letzten 12 Monaten sinnvoll, z. B. oGTT-Werte, Blutzuckerprotokolle, HbA1c, Schilddrüsenwerte, Eisen/Ferritin, Vitamin D, Vitamin B12, Folsäure, Entzündungswerte, Lipide, Nährstoffanalysen, relevante ärztliche Befunde oder diabetologische Unterlagen.

### A) Organisatorisches & Kontakt

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Bevorzugter Kontakt: \_\_\_\_\_

Adresse für Rechnung / Unterlagen:

---

---

**Aktueller Anlass / Lebensphase:**

- ☐ Kinderwunsch ☐ Zyklusbeschwerden ☐ Hormonbalance ☐ PCOS / PCO-Verdacht  
☐ Insulinresistenz / Blutzucker ☐ Endometriose / Verdacht ☐ Schilddrüse ☐ Haut / Akne  
☐ größere Ernährungsumstellung ☐ vegetarisch / vegan ☐ nach hormoneller Verhütung  
☐ nach Schwangerschaft / Stillzeit

**Sonstiges / Ergänzungen:**

---

**Was ist dein Hauptanliegen? Was hat dich zur Beratung geführt?**

---

---

---

---

---

**Was wäre für dich ein gutes Ergebnis der Beratung?**

---

---

---

---

Gibt es etwas, das ich im Umgang mit dir besonders beachten soll? z. B. sensible Themen, schlechte Erfahrungen, Überforderung, Sprache, Tempo

---

---

---

---

## B) Ziele, Erwartungen & bisheriger Weg

---

Welche Ziele möchtest du mit der Ernährungsberatung erreichen? Bitte gern konkret und alltagsnah.

---

---

---

---

Was hast du bisher schon versucht? z. B. Ernährungsumstellungen, Supplements, Medikamente, Zyklustracking, Sport, Arzttermine, Kinderwunschbehandlung

---

---

---

---

Was hat dir bisher geholfen? Was hat gar nicht funktioniert oder dich eher gestresst?

---

---

---

---

Was wünschst du dir von mir?

- ☐ klarer Ernährungsplan ☐ flexibler Fahrplan ☐ Rezepte / Beispiele ☐ Mealprep-Ideen  
☐ Nährstoff-Check ☐ Blutzuckerbalance ☐ Zyklus besser verstehen ☐ mehr Struktur  
☐ weniger Heißhunger ☐ mehr Energie ☐ Begleitung über mehrere Wochen  
☐ sanfte Umstellung ohne Diät Druck

Sonstiges / Ergänzungen:

---

---

---

---

Wie viel Struktur tut dir gut? Magst du eher klare Vorgaben oder flexible Bausteine?

## C) Körperdaten & Verlauf

---

Größe: \_\_\_\_\_

aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_

Datum der Messung: \_\_\_\_\_

Blutdruck falls bekannt: \_\_\_\_\_

Gewicht vor 12 Monaten: \_\_\_\_\_

Wohlfühlgewicht falls relevant:

\_\_\_\_\_

Wie hat sich dein Gewicht in den letzten 12 Monaten verändert? Gab es besondere Auslöser oder Phasen?

---

---

---

---

---

Wie ist dein Energielevel über den Tag? Gibt es typische Einbrüche, Müdigkeit oder Konzentrationsprobleme?

---

---

---

---

**Körperliche Veränderungen / Symptome:**

- ☐ starke Müdigkeit ☐ Schwindel ☐ Kopfschmerzen / Migräne ☐ Herzrasen  
☐ Wassereinlagerungen ☐ Kältegefühl ☐ Hitzegefühl / Schwitzen ☐ Haarausfall  
☐ brüchige Nägel ☐ Hautunreinheiten / Akne ☐ vermehrte Körperbehaarung ☐ trockene Haut  
☐ Brustspannen ☐ Unterleibsschmerzen ☐ Heißhunger ☐ Food Noise  
☐ nächtliche Wadenkrämpfe ☐ Restless Legs

**Sonstiges / Ergänzungen:**

---

**Beschreibe die wichtigsten Beschwerden: Seit wann? Wie stark? Zyklusabhängig? Was verbessert oder verschlimmert sie?**

---

---

---

---

---

---

## D) Zyklus & Hormonbalance

---

erste Periode mit ca.: \_\_\_\_\_

Zykluslänge aktuell: \_\_\_\_\_

Blutungsdauer: \_\_\_\_\_

letzte Periode: \_\_\_\_\_

regelmäßig?: \_\_\_\_\_

Ovulation bekannt?: \_\_\_\_\_

**Wie trackst du deinen Zyklus?**

- ☐ gar nicht ☐ App ☐ Kalender ☐ Basaltemperatur ☐ LH-Tests ☐ Zervixschleim  
☐ Muttermund ☐ Oura / Wearable ☐ Ultraschall / Zyklusmonitoring

**Sonstiges / Ergänzungen:**

---

**Beschreibe deinen Zyklus: Regelmäßigkeit, Eisprungzeichen, Zwischenblutungen, Ausbleiben der Periode, sehr kurze/lange Zyklen.**

---

---

---

---

---

---

**Beschwerden rund um den Zyklus:**

- ☐ PMS ☐ PMDS / starke psychische PMS-Symptome ☐ starke Schmerzen ☐ Unterleibskrämpfe  
☐ Rückenschmerzen ☐ Migräne ☐ Brustspannen ☐ Wassereinlagerungen ☐ Heißhunger  
☐ Schlafprobleme ☐ Stimmungsschwankungen ☐ Reizbarkeit ☐ depressive Verstimmung  
☐ Angst / innere Unruhe ☐ starke Blutung ☐ sehr schwache Blutung ☐ Schmierblutungen

**Sonstiges / Ergänzungen:**

---

**Wann im Zyklus treten Beschwerden auf? z. B. vor Eisprung, zweite Zyklushälfte, kurz vor Periode, während Blutung**

---

---

---

---

Gibt es Hinweise oder Diagnosen zu PCOS, Endometriose, Androgenüberschuss, Gelbkörperschwäche, Schilddrüse oder anderen hormonellen Themen?

---

---

---

---

## E) Kinderwunsch & gynäkologische Vorgeschichte

---

Bitte ausfüllen, wenn Kinderwunsch aktuell oder perspektivisch relevant ist.

Kinderwunsch seit: \_\_\_\_\_

Verhütung abgesetzt seit: \_\_\_\_\_

Alter Partner\*in falls relevant: \_\_\_\_\_

Zyklusmonitoring gemacht?: \_\_\_\_\_

Gynäkologische Betreuung: \_\_\_\_\_

Kinderwunschzentrum?: \_\_\_\_\_

Wo steht ihr gerade im Kinderwunsch? z. B. erst am Anfang, schon länger, Diagnostik läuft, Behandlung geplant, nach Verlust/Fehlgeburt, Pause

---

---

---

---

### Bisherige Diagnostik / Behandlung:

- ☐ gynäkologische Untersuchung ☐ Hormonstatus ☐ Schilddrüsenwerte ☐ Zyklusmonitoring  
☐ Ultraschall ☐ Spermogramm Partner\*in ☐ Eileiterprüfung ☐ Gerinnungsdiagnostik  
☐ Kinderwunschzentrum ☐ Clomifen / Letrozol ☐ Auslösespritze ☐ IUI ☐ IVF / ICSI  
☐ bisher keine Diagnostik

Sonstiges / Ergänzungen:

---

Gab es bereits Schwangerschaften, Fehlgeburten, biochemische Schwangerschaften, Eileiterschwangerschaften oder Geburten? Nur so viel, wie du teilen möchtest.

---

---

---

---

Welche Empfehlungen hast du bisher von Gynäkologie, Endokrinologie, Diabetologie oder Kinderwunschzentrum erhalten?

---

---

---

---

Was belastet dich im Kinderwunsch aktuell am meisten?

---

---

---

## F) Medizinische Anamnese

---

### Diagnosen / Vorerkrankungen:

- ☐ PCOS / PCO ☐ Insulinresistenz ☐ Prädiabetes ☐ Diabetes Typ 1 ☐ Diabetes Typ 2  
☐ Schilddrüsenunterfunktion ☐ Hashimoto ☐ Schilddrüsenüberfunktion ☐ Endometriose  
☐ Adenomyose ☐ Myome ☐ Zysten ☐ Hyperandrogenismus ☐ Prolaktin erhöht  
☐ Anämie / Eisenmangel ☐ Vitamin-D-Mangel ☐ B12-Mangel ☐ Migräne ☐ Bluthochdruck  
☐ Lipidstoffwechselstörung ☐ Fettleber ☐ Reizdarm ☐ chronische Darmerkrankung  
☐ Gastritis / Reflux ☐ Zöliakie

### Sonstiges / Ergänzungen:

**Beschreibe relevante Diagnosen genauer: Seit wann? Wie wurde es festgestellt? Wer betreut dich medizinisch?**

---

---

---

---

---

---

**Operationen, Klinikaufenthalte oder größere medizinische Ereignisse:**

---

---

---

---

**Gibt es Essstörung, stark restriktives Essverhalten, Binge Eating, Purging, extremes Fasten oder eine entsprechende Vorgeschichte? Wenn ja: Gibt es therapeutische/ärztliche Begleitung?**

---

---

---

---

**Gibt es psychische Belastungen, Depression, Angst, Trauma, ADHS oder andere Themen, die deinen Essalltag beeinflussen? Nur falls relevant.**

---

---

---

---

## G) Medikamente

---

**Dauerhafte Medikamente: Bitte mit Dosierung, Einnahmezeit und seit wann.**

---

---

---

---

---

**Bedarfsmedikation: z. B. Schmerzmittel, Migränemittel, Antihistaminika, Magenmittel, Schlafmittel.**

---

---

---

---

**Hormonelle Medikamente / Kinderwunschmedikamente / Verhütung aktuell oder kürzlich: z. B. Pille, Progesteron, Letrozol, Clomifen, Auslösespritze, Schilddrüse, Metformin.**

---

---

**Gab es Medikamente, die du nicht vertragen hast oder die deinen Appetit, Zyklus, Verdauung, Gewicht oder Schlaf verändert haben?**

## H) Nahrungsergänzung, Kräuter, Tees & andere Präparate

Bitte liste alles auf, was du regelmäßig oder gelegentlich einnimmst: Vitamine, Mineralstoffe, Inositol, Omega-3, Folsäure/Folat, Eisen, Vitamin D, B12, Kräuter, Tees, Pulver, Tropfen, Injektionen, Kombipräparate.

**Wer hat die Präparate empfohlen? Nimmst du sie aufgrund von Laborwerten, Symptomen, Kinderwunsch oder eigener Recherche?**

### Gibt es Nebenwirkungen oder Unsicherheiten zu Supplements?

## I) Laborwerte, Befunde & Messwerte

Bitte sende vorhandene relevante Laborwerte und Befunde möglichst vor dem ersten Termin mit oder bringe sie zum Termin mit. Für diesen Fragebogen sind besonders Werte aus den letzten 12 Monaten sinnvoll. Dazu zählen z. B. Hormonstatus, Schilddrüse, Blutzucker/Insulin/HbA1c, oGTT, Lipide, Leberwerte, Entzündungswerte, Eisen/Ferritin, Vitamin D, B12, Folat, Nährstoffanalysen, Zyklusmonitoring, Ultraschall- oder Kinderwunschbefunde. Ältere Befunde sind nur nötig, wenn sie für dein Anliegen noch wichtig sind.

**Vorhandene Unterlagen:**

- ☐ Hormonstatus ☐ Schilddrüsenwerte ☐ Blutzucker / HbA1c ☐ Insulin / HOMA ☐ oGTT  
☐ Lipidwerte ☐ Leberwerte ☐ Entzündungswerte ☐ Eisen / Ferritin ☐ Vitamin D  
☐ B12 / Folat ☐ Nährstoffanalyse ☐ Zyklusmonitoring ☐ Ultraschallbefund  
☐ Kinderwunschbefunde ☐ Spermogramm  
☐ Mutterpass / Schwangerschaftsunterlagen aus früherer Schwangerschaft

**Sonstiges / Ergänzungen:**

**Welche Werte oder Befunde wurden auffällig genannt? Bitte eintragen oder Befund mitsenden.**

Herz & Bauch - Fragebogen Kinderwunsch, Zyklus & Hormonbalance | Stand: Juli 2026

Gab es Verlaufskontrollen? Haben sich Werte verbessert, verschlechtert oder stark verändert?

---

---

---

---

## J) Allergien, Unverträglichkeiten & Verträglichkeit

---

**Bekannte oder vermutete Allergien / Unverträglichkeiten:**

- ☐ Laktose ☐ Fruktose ☐ Histamin ☐ Gluten / Zöliakie ☐ Weizen ☐ Nüsse ☐ Erdnuss  
☐ Fisch ☐ Ei ☐ Soja ☐ Milchprotein ☐ Pollenassoziert ☐ Sorbit ☐ FODMAPs  
☐ andere

**Sonstiges / Ergänzungen:**

---

**Welche Reaktionen treten auf? z. B. Bauchschmerzen, Durchfall, Haut, Atemwege, Migräne, Juckreiz, Kreislauf.  
Diagnostiziert oder Selbstbeobachtung?**

---

---

---

---

---

**Welche Lebensmittel meidest du aktuell bewusst? Warum?**

---

---

---

---

## K) Verdauung & Beschwerden

---

**Magen-Darm-Beschwerden:**

- ☐ Übelkeit ☐ Sodbrennen / Reflux ☐ Völlegefühl ☐ Blähbauch ☐ Bauchkrämpfe  
☐ Verstopfung ☐ Durchfall ☐ wechselnder Stuhl ☐ Schmerzen nach dem Essen  
☐ schnelles Völlegefühl ☐ Appetitlosigkeit ☐ Heißhunger nach Mahlzeiten

**Sonstiges / Ergänzungen:**

---

**Beschreibe deine Verdauung: Häufigkeit, Stuhlform, Trigger, Tageszeit, Zusammenhang mit Zyklus oder Stress.**

---

---

---

---

---

---

**Gibt es Blut, Schleim, starke Schmerzen, unerklärte Gewichtsveränderung oder andere Warnzeichen? Wurde dies ärztlich abgeklärt?**

---

---

---

---

**Welche Maßnahmen hast du bisher probiert? z. B. Probiotika, Ballaststoffe, Flohsamenschalen, Weglassen bestimmter Lebensmittel, Medikamente.**

---

---

---

---

---

## L) Ernährungsform & Essalltag

### Aktuelle Ernährungsform:

- ☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ pescetarisch ☐ low carb ☐ ketogen  
☐ glutenfrei ☐ laktosefrei ☐ histaminarm ☐ intuitiv ☐ kaloriengetrackt  
☐ keine bestimmte Form

### Sonstiges / Ergänzungen:

### Beschreibe deinen normalen Ernährungsalltag: Was ist typisch für dich? Was klappt gut, was ist schwierig?

Wer kauft ein?: \_\_\_\_\_

Wer kocht?: \_\_\_\_\_

Zeit zum Kochen: \_\_\_\_\_

Budget grob falls relevant: \_\_\_\_\_

Essen außer Haus pro Woche: \_\_\_\_\_

Bestellen / Lieferdienst pro Woche: \_\_\_\_\_

### Lebensmittel, die du sehr gerne isst:

### Lebensmittel, die du gar nicht magst oder nicht essen möchtest:

### Gibt es religiöse, ethische, nachhaltige oder familiäre Gründe für bestimmte Einschränkungen?

### Wie sieht ein typischer Einkauf bei dir aus? Welche Lebensmittel sind fast immer zuhause?

## M) Typischer Tag / 24-Stunden-Protokoll

Bitte trage hier einen möglichst typischen Tag ein. Es muss nicht perfekt oder besonders gesund sein. Genau das hilft mir, deinen Alltag realistisch zu verstehen.

Aufstehzeit: \_\_\_\_\_

Schlafenszeit: \_\_\_\_\_

Arbeits-/Uni-/Alltagszeiten: \_\_\_\_\_

Zyklustag falls bekannt: \_\_\_\_\_

### Frühstück: Uhrzeit, Lebensmittel, Mengen grob, Getränke, Hunger davor/danach

---

---

---

**Snack / Zwischenmahlzeit vormittags:**

---

---

---

**Mittagessen:**

---

---

---

---

---

**Snack / Zwischenmahlzeit nachmittags:**

---

---

---

**Abendessen:**

---

---

---

---

---

**Später Snack / Süßes / Essen nachts:**

---

---

---

**Getränke über den Tag: Wasser, Kaffee, Tee, Saft, Softdrinks, Energy, Alkohol:**

---

---

---

---

## N) Häufigkeiten & Nährstoffquellen

**Wie häufig kommen diese Lebensmittel ungefähr vor? Markiere oder ergänze gern frei.**

- ☐ Gemüse täglich ☐ Obst täglich ☐ Vollkorn regelmäßig ☐ Hafer / Müsli  
☐ Hülsenfrüchte ☐ Nüsse / Samen ☐ Eier ☐ Milchprodukte ☐ Fisch ☐ Fleisch ☐ Wurst  
☐ Tofu / Tempeh ☐ Süßigkeiten ☐ Gebäck ☐ Softdrinks / Säfte ☐ Fertigprodukte  
☐ Fast Food

**Sonstiges / Ergänzungen:**

---

---

---

---

---

**Eiweißquellen: Welche nutzt du regelmäßig? Wie schätzt du deine Eiweißversorgung ein?**

**Kohlenhydrate & Blutzucker: Welche Kohlenhydratquellen isst du häufig? Gibt es starke Müdigkeit, Heißhunger oder Zittern nach Mahlzeiten?**

---

---

---

---

---

**Fette & Omega-3: Welche Öle/Fette nutzt du? Isst du Fisch, Nüsse, Samen oder nimmst du Omega-3?**

---

---

---

---

**Ballaststoffe & Sättigung: Wie gut verträgst du Vollkorn, Hülsenfrüchte, Gemüse, Rohkost?**

---

---

---

---

**Folsäure/Folat, Jod, Eisen, Vitamin D, B12, Cholin, Omega-3: Gibt es Werte, Präparate oder Unsicherheiten dazu?**

---

---

---

---

## O) Hunger, Sättigung, Heißhunger & Beziehung zum Essen

---

### Hunger & Sättigung:

- ☐ Hunger gut spürbar   ☐ Hunger kaum spürbar   ☐ schnell hungrig   ☐ lange ohne Hunger  
☐ Sättigung gut spürbar   ☐ Sättigung kaum spürbar   ☐ oft unangenehm voll  
☐ häufiges Snacken   ☐ lange Esspausen   ☐ Essen nebenbei

### Sonstiges / Ergänzungen:

---

### Beschreibe dein Hunger- und Sättigungsgefühl im Alltag:

---

---

---

---

### Heißhunger / Food Noise: Wann tritt es auf? Was sind typische Lebensmittel? Zyklusabhängig? Stressabhängig?

---

---

---

---

### Essverhalten & emotionale Faktoren:

- ☐ Essen bei Stress   ☐ Essen bei Traurigkeit   ☐ Essen bei Überforderung   ☐ Belohnungessen  
☐ Schuldgefühle nach dem Essen   ☐ Diätmentalität   ☐ Angst vor bestimmten Lebensmitteln  
☐ Kontrollverlust   ☐ Kalorienzählen   ☐ häufiges Wiegen   ☐ starke Regeln / Verbote

### Sonstiges / Ergänzungen:

---

### Was soll ich zu deiner Beziehung zum Essen wissen, damit ich dich gut und sensibel begleiten kann?

---

---

---

---

## P) Schlaf, Stress, Bewegung & Alltag

---

Schlafdauer: \_\_\_\_\_

Schlafqualität: \_\_\_\_\_

Stresslevel 0-10: \_\_\_\_\_

Energielevel 0-10: \_\_\_\_\_

Bewegung pro Woche: \_\_\_\_\_

Schritte falls bekannt: \_\_\_\_\_

**Schlaf:** Einschlafen, Durchschlafen, nächtliches Erwachen, Grübeln, Zyklusabhängigkeit, Müdigkeit morgens.

---

---

---

---

**Stress & Belastung:** Was belastet dich aktuell? Welche Ressourcen oder Unterstützung hast du?

---

---

---

---

**Bewegung/Sport:** Was machst du aktuell? Was tut dir gut? Was ist realistisch?

---

---

---

---

**Alltagsstruktur:** Arbeitszeiten, Schichtdienst, Studium, Care-Arbeit, Pendeln, Familienalltag, unregelmäßige Zeiten.

---

---

---

---

**Was macht eine Ernährungsumstellung für dich im Alltag schwierig?**

---

---

---

---

## Q) Ressourcen, Stärken & Umsetzung

---

**Was klappt aktuell schon gut in deinem Essalltag oder Gesundheitsalltag?**

---

---

---

---

**Welche Routinen möchtest du behalten, weil sie dir guttun?**

---

---

---

---

**Was ist dir wichtig?**

- ☐ Genuss ☐ Natürlichkeit ☐ Sättigung ☐ Familienessen ☐ Zeitersparnis ☐ Mealprep  
☐ Budget ☐ Nachhaltigkeit ☐ vegetarisch / vegan ☐ Blutzuckerbalance

☐ Zyklus unterstützen ☐ Kinderwunsch unterstützen ☐ weniger Druck ☐ mehr Ruhe

☐ klare Orientierung

**Sonstiges / Ergänzungen:**

**Welche Art von Plan wäre für dich am hilfreichsten? z. B. Wochenplan, Baukasten, Einkaufsliste, Rezepte, Snackideen, klare Prioritäten**

---

---

---

---

---

**Welche drei Veränderungen wären für dich in den nächsten Wochen realistisch?**

---

---

---

---

---

**Gibt es etwas, das ich unbedingt wissen sollte, um dich bestmöglich zu unterstützen?**

---

---

---

---

---

---

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift / Name:** \_\_\_\_\_

