



Herz & Bauch

Fragebogen

Schwangerschaft, Stillzeit & Gestationsdiabetes

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 oder Behandlung. Wenn du Befunde, Laborwerte, Mutterpass-Ausschnitte, oGTT-Ergebnisse oder Blutzuckerprotokolle hast, kannst du sie freiwillig ergänzend mitsenden.

A) Organisatorisches & Kontakt

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Alter: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Bevorzugter Kontakt: _____

Adresse für Rechnung / Unterlagen:

Ich bin aktuell:

- ☐ schwanger ☐ im Wochenbett ☐ stillend ☐ teilweise stillend ☐ nicht stillend
☐ nach Gestationsdiabetes ☐ mit GDM-Diagnose ☐ mit auffälligem oGTT / noch unklar

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) Schwangerschaft - aktuelle Situation

Bitte nur ausfüllen, wenn du aktuell schwanger bist oder die Angaben für dein Anliegen relevant sind.

Aktuelle SSW: _____

ET / errechneter Termin: _____

Einling / Mehrlinge: _____

Betreuende Gynäkologie: _____

Hebamme vorhanden?: _____

Geburtsort geplant: _____

Aktuelle Schwangerschaftsbeschwerden:

- ☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Hyperemesis ☐ Sodbrennen ☐ Verstopfung ☐ Hämorrhoiden
☐ Appetitlosigkeit ☐ Heißhunger ☐ Aversionen / Ekel ☐ Müdigkeit ☐ Schwindel
☐ Wassereinlagerungen ☐ Wadenkrämpfe ☐ Restless Legs ☐ Kopfschmerzen ☐ Migräne
☐ Hautveränderungen ☐ Schlafprobleme

Sonstiges / Ergänzungen:

Beschreibe deine Beschwerden: Seit wann? Wie häufig? Was verschlimmert oder verbessert sie?

Schwangerschaftsbezogene Besonderheiten / Komplikationen:

- ☐ Gestationsdiabetes ☐ auffälliger oGTT ☐ Bluthochdruck ☐ Präeklampsie-Risiko
☐ Cholestase ☐ Anämie / Eisenmangel ☐ Schilddrüsenanpassung ☐ Infekte / Antibiotika
☐ Frühgeburtsrisiko ☐ Plazentathemen ☐ starke Gewichtszunahme ☐ Gewichtsabnahme
☐ Bettruhe / Schonung

Sonstiges / Ergänzungen:

Welche Empfehlungen oder Vorgaben hast du bereits von Gynäkologie, Hebamme oder Diabetologie erhalten?

Was verunsichert dich in Bezug auf Ernährung in der Schwangerschaft am meisten?

C) Geburt, Wochenbett & postpartale Situation

Bitte ausfüllen, wenn du bereits geboren hast oder die Beratung in Wochenbett / Stillzeit stattfindet.

Geburtsdatum Kind: _____

Geburtsmodus: _____

Geburtswoche: _____

Geburtsgewicht / Größe: _____

Aktuelles Alter Baby: _____

Aktuelles Gewicht Baby, falls bekannt:

Wochenbettverlauf / aktuelle Themen:

- ☐ unauffällig ☐ Kaiserschnitt / OP-Narbe ☐ Geburtsverletzung ☐ Wundheilung
☐ starke Blutung ☐ Infekt ☐ Antibiotika ☐ Erschöpfung ☐ Schlafmangel

☐ Stimmungstief ☐ Baby viel unruhig ☐ Clusterfeeding ☐ wenig Zeit zum Essen

Sonstiges / Ergänzungen:

Wie erlebst du deinen Alltag aktuell? Was ist gerade am anstrengendsten?

Wie klappt Essen und Trinken im Wochenbett / Babyalltag ganz praktisch?

Gab es in Schwangerschaft oder Geburt Besonderheiten, die für Ernährung, Energie, Blutwerte oder Alltag wichtig sein könnten?

D) Gestationsdiabetes & Blutzucker

Bitte ausfüllen, wenn Gestationsdiabetes diagnostiziert wurde, der oGTT auffällig war oder Blutzuckerthemen relevant sind.

Diagnose GDM? ja/nein/unklar:

Diagnose in SSW: _____

75 g oGTT Datum: _____

Betreuende Diabetologie: _____

HbA1c, falls bekannt: _____

Messgerät / CGM / FGM: _____

oGTT-Werte, falls bekannt: nüchtern / 1 Stunde / 2 Stunden

Aktuelle Therapie / Empfehlungen:

☐ Ernährung ☐ Bewegung ☐ Blutzuckermessen ☐ Insulin ☐ Metformin
☐ noch keine Therapie begonnen ☐ Diabetologie geplant ☐ Ernährungsberatung empfohlen

Sonstiges / Ergänzungen:

Welche Zielwerte oder Messzeiten wurden dir von deiner betreuenden Fachperson genannt?

Welche Werte sind aktuell häufig auffällig? Bitte beschreibe Muster, Tageszeit, Mahlzeiten oder Situationen.

Blutzucker-Selbstkontrolle

Wann misst du aktuell?

- ☐ nüchtern ☐ vor Mahlzeiten ☐ 1 Stunde nach Mahlzeiten ☐ 2 Stunden nach Mahlzeiten
☐ vor dem Schlafen ☐ nachts ☐ bei Symptomen ☐ noch gar nicht

Typische Werte, falls du sie schon einschätzen kannst: nüchtern, nach Frühstück, nach Mittagessen, nach Abendessen

Gibt es Mahlzeiten, nach denen die Werte häufig höher sind? Was isst du dort typischerweise?

Gibt es Mahlzeiten, die gut funktionieren? Was hilft dir aktuell schon?

Herausforderungen bei GDM:

- ☐ Angst vor Kohlenhydraten ☐ zu wenig Sättigung ☐ Heißhunger ☐ Übelkeit
☐ Frühstück schwierig ☐ Snacks schwierig ☐ Essen außer Haus ☐ Zeitmangel
☐ familiäre Essgewohnheiten ☐ vegetarisch / vegan ☐ Schichtdienst ☐ viel Stress
☐ Angst vor Insulin

Sonstiges / Ergänzungen:

Was wünschst du dir konkret für deinen GDM-Fahrplan?

Wichtig: Ich unterstütze dich ernährungsbezogen und alltagsnah. Blutzuckerzielwerte, Insulin- oder Medikamentenanpassungen und Therapieentscheidungen gehören in die medizinische bzw. diabetologische Betreuung.

E) Stillzeit & Milchbildung

Bitte ausfüllen, wenn du stillst, teil-stillst, abpumpst oder Fragen zur Ernährung in der Stillzeit hast.

Stillstatus:

- ☐ voll stillend ☐ überwiegend stillend ☐ teilweise stillend ☐ abpumpend
☐ Pre zusätzlich ☐ abgestillt ☐ Stillstart schwierig
☐ Stillberatung / Hebamme eingebunden

Sonstiges / Ergänzungen:

Stillhäufigkeit ca. / 24 h: _____

Nachts stillen / wie oft: _____

Abpumpen ja/nein: _____

Zufüttern ja/nein: _____

Pumpmenge, falls relevant:

Alter Baby: _____

Still- oder Brustthemen:

- ☐ wundte Brustwarzen ☐ Schmerzen beim Stillen ☐ Milchstau ☐ Mastitis
☐ zu wenig Milch / Sorge ☐ sehr viel Milch ☐ Clusterfeeding ☐ kurze Stillabstände
☐ Stillstreik ☐ Reflux / Spucken Baby ☐ Koliken / Bauchweh Baby

Sonstiges / Ergänzungen:

Beschreibe Stillalltag, Schwierigkeiten und bisherige Unterstützung:

Wie ist dein Hunger, Durst, Energielevel und Appetit in der Stillzeit?

Was schaffst du im Still-/Babyalltag realistisch zu essen und zu trinken?

Gibt es Lebensmittel, bei denen du einen Zusammenhang mit Beschwerden beim Baby vermutest?

F) Körperdaten & Verlauf

Größe: _____

aktuelles Gewicht + Datum:

Gewicht vor Schwangerschaft:

Blutdruck, falls bekannt: _____

Gewichtszunahme Schwangerschaft:

Gewicht aktuell postpartum:

Gewichtsentwicklung in den letzten 12 Monaten / in Schwangerschaft / nach Geburt, soweit relevant:

Wie geht es dir mit dem Thema Gewicht aktuell? Gibt es Druck, Angst, Ziele oder Dinge, die ich sensibel berücksichtigen soll?

Körperliche Veränderungen oder Symptome:

- ☐ starke Müdigkeit ☐ Erschöpfung ☐ Schwindel ☐ Herzrasen ☐ Frieren ☐ Schwitzen
☐ Haarausfall ☐ Hautprobleme ☐ Akne ☐ Wassereinlagerungen ☐ Muskelkrämpfe
☐ Restless Legs ☐ Konzentrationsprobleme ☐ Infektanfälligkeit

Sonstiges / Ergänzungen:

Weitere körperliche Veränderungen / Symptome und seit wann:

G) Medizinische Anamnese

Diagnosen / Vorerkrankungen:

- ☐ Insulinresistenz ☐ Prädiabetes ☐ Diabetes Typ 1 ☐ Diabetes Typ 2 ☐ PCOS
☐ Endometriose ☐ Schilddrüse / Hashimoto ☐ Hypertonie ☐ Lipidstoffwechselstörung
☐ Migräne ☐ Zöliakie ☐ Reizdarm ☐ chronische Darmerkrankung ☐ Gastritis / Reflux
☐ Anämie / Eisenmangel ☐ Vitamin-D-Mangel ☐ B12-Mangel ☐ Essstörung aktuell/früher
☐ Depression / Angst / Trauma

Sonstiges / Ergänzungen:

Bitte ergänze Diagnosen, Zeitpunkt, aktuelle Behandlung und zuständige Fachpersonen:

Operationen, Klinikaufenthalte, größere Erkrankungen oder relevante Vorgeschichte:

H) Medikamente

Dauerhafte Medikamente mit Dosierung und Einnahmezeit:

Bedarfsmedikation, Schmerzmittel, Übelkeitsmittel, Sodbrennenmittel, Antibiotika etc.:

Schwangerschafts-/Stillzeit-/GDM-spezifische Medikamente, z. B. Insulin, Metformin, L-Thyroxin:

Gab es in letzter Zeit Änderungen bei Medikamenten oder Dosierungen?

I) Nahrungsergänzung, Kräuter, Tees & Sonstiges

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

Gibt es Präparate, die du nicht gut verträgst oder bei denen du unsicher bist?

Wünschst du dir eine allgemeine Einordnung deiner aktuellen Supplemente im Rahmen der Ernährungsberatung?

J) Allergien, Unverträglichkeiten & Verträglichkeit

Bekannt oder vermutet:

- ☐ Laktose ☐ Fruktose ☐ Histamin ☐ Gluten / Zöliakie ☐ Weizen ☐ Nüsse ☐ Erdnuss
☐ Fisch ☐ Ei ☐ Soja ☐ Milchprotein ☐ Sorbit ☐ Pollenassoziierte Kreuzreaktionen
☐ Neurodermitis / atopische Themen

Sonstiges / Ergänzungen:

Welche Reaktionen treten auf? Wie schnell? Wie stark? Diagnostiziert oder eigene Beobachtung?

Welche Lebensmittel meidest du aktuell bewusst und warum?

K) Laborwerte & Befunde

Wenn vorhanden, kannst du aktuelle Befunde freiwillig mitsenden: Mutterpass-Ausschnitte, oGTT, HbA1c, Nüchternblutzucker, Insulin/HOMA, TSH/ft3/ft4, Ferritin/Eisen, Vitamin D, B12/Holo-TC, Folat, Entzündungswerte, Lipide, Leberwerte oder ärztliche Empfehlungen.

Welche Laborwerte oder Befunde liegen dir vor? Bitte Datum und Werte eintragen oder Unterlagen beifügen.

Gab es auffällige Werte, zu denen du bereits eine Empfehlung bekommen hast?

L) Ernährungsform, Alltag & Rahmenbedingungen

Ernährungsform:

- ☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ pescetarisch ☐ low carb ☐ glutenfrei
☐ laktosefrei ☐ histaminarm ☐ religiöse/ethische Einschränkungen ☐ intuitiv
☐ Tracking / Kalorien ☐ aktuell sehr eingeschränkt

Sonstiges / Ergänzungen:

Welche Lebensmittel isst du sehr gerne? Was soll unbedingt Platz behalten?

Welche Lebensmittel magst du gar nicht oder möchtest du nicht essen?

Koch- und Einkaufsaltag:

- ☐ ich kaufe ein ☐ Partner*in kauft ein ☐ gemeinsam ☐ ich koche ☐ Partner*in kocht
☐ gemeinsam ☐ Kantine / Mensa ☐ Lieferdienst ☐ wenig Zeit ☐ Mealprep möglich
☐ keine Energie zum Kochen

Sonstiges / Ergänzungen:

Wie viel Zeit hast du realistisch zum Kochen? Was funktioniert im Alltag gut, was nicht?

Budget, Vorräte, Küchenausstattung oder familiäre Essgewohnheiten - gibt es etwas Wichtiges?

M) Typischer Essalltag

Beschreibe einen typischen Tag so genau wie möglich: Uhrzeiten, Mahlzeiten, Mengen, Snacks, Getränke, Besonderheiten.

Aufstehen / Morgen:

Frühstück:

Snack vormittags:

Mittagessen:

Snack nachmittags:

Abendessen:

Später Snack / nachts:

Getränke über den Tag:

Was ist an Wochenenden, Arbeitstagen oder sehr stressigen Tagen anders?

N) 3-Tage-Ernährungsprotokoll

Wenn möglich, fülle zusätzlich 3 typische Tage aus. Es muss nicht perfekt sein. Wichtig ist dein echter Alltag.

Tag 1

Mahlzeiten, Uhrzeiten, Getränke, Snacks, Süßes, Besonderheiten, Hunger/Sättigung, Beschwerden oder Blutzuckerwerte:

Tag 2

Mahlzeiten, Uhrzeiten, Getränke, Snacks, Süßes, Besonderheiten, Hunger/Sättigung, Beschwerden oder Blutzuckerwerte:

Tag 3

Mahlzeiten, Uhrzeiten, Getränke, Snacks, Süßes, Besonderheiten, Hunger/Sättigung, Beschwerden oder Blutzuckerwerte:

O) Lebensmittelhäufigkeit & Nährstoffquellen

Gemüse: ☐ täglich ☐ 3-5x/Woche ☐ 1-2x/Woche ☐ seltener ☐ nie

Obst: ☐ täglich ☐ 3-5x/Woche ☐ 1-2x/Woche ☐ seltener ☐ nie

Vollkorn / Hafer: ☐ täglich ☐ 3-5x/Woche ☐ 1-2x/Woche ☐ seltener ☐ nie

Weißmehl / helle Backwaren: ☐ täglich ☐ 3-5x/Woche ☐ 1-2x/Woche ☐ seltener ☐ nie

Hülsenfrüchte: ☐ täglich ☐ 3-5x/Woche ☐ 1-2x/Woche ☐ seltener ☐ nie

Kartoffeln / Reis / Nudeln: ☐ täglich ☐ 3-5x/Woche ☐ 1-2x/Woche ☐ seltener ☐ nie

Milchprodukte / Alternativen: ☐ täglich ☐ 3-5x/Woche ☐ 1-2x/Woche ☐ seltener ☐ nie

Eier: ☐ täglich ☐ 3-5x/Woche ☐ 1-2x/Woche ☐ seltener ☐ nie

Fleisch / Wurst: ☐ täglich ☐ 3-5x/Woche ☐ 1-2x/Woche ☐ seltener ☐ nie

Fisch: ☐ täglich ☐ 3-5x/Woche ☐ 1-2x/Woche ☐ seltener ☐ nie

Nüsse / Samen: ☐ täglich ☐ 3-5x/Woche ☐ 1-2x/Woche ☐ seltener ☐ nie

Pflanzliche Öle: ☐ täglich ☐ 3-5x/Woche ☐ 1-2x/Woche ☐ seltener ☐ nie

Süßigkeiten / Gebäck: ☐ täglich ☐ 3-5x/Woche ☐ 1-2x/Woche ☐ seltener ☐ nie

Softdrinks / Saft: ☐ täglich ☐ 3-5x/Woche ☐ 1-2x/Woche ☐ seltener ☐ nie

Fast Food / Fertiggerichte: ☐ täglich ☐ 3-5x/Woche ☐ 1-2x/Woche ☐ seltener ☐ nie

Welche Eiweißquellen isst du regelmäßig? Wie sicher fühlst du dich mit deiner Proteinversorgung?

Welche Kohlenhydratquellen isst du gerne und verträgst du gut?

Welche Fette/Öle nutzt du regelmäßig?

Gibt es Nährstoffthemen, bei denen du unsicher bist? z. B. Eisen, Jod, Folat, B12, Vitamin D, Omega-3, Calcium, Protein

P) Essverhalten, Appetit & Blutzuckergefühl

Hunger und Sättigung:

- ☐ Hunger gut spürbar ☐ Hunger kaum spürbar ☐ schnell unterzuckert ☐ lange Esspausen
☐ schnell unangenehm voll ☐ Sättigung schwer spürbar ☐ Essen oft nebenbei
☐ Essen oft unter Zeitdruck

Sonstiges / Ergänzungen:

Wie würdest du deinen Appetit aktuell beschreiben? Gibt es Tageszeiten mit besonderem Hunger oder wenig Appetit?

Heißhunger / Food Noise:

- ☐ kein Thema ☐ abends ☐ nachmittags ☐ nachts ☐ zyklusabhängig ☐ bei Müdigkeit
☐ bei Stress ☐ nach langen Esspausen ☐ bei Verboten / Diätdruck ☐ auf Süßes
☐ auf Salziges ☐ auf Kohlenhydrate

Sonstiges / Ergänzungen:

Beschreibe Heißhunger, Food Noise, Auslöser und was bisher hilft:

Emotionales Essen / Beziehung zum Essen:

- ☐ Schuldgefühle nach Essen ☐ Restriktion / Diätmentalität ☐ Angst vor Gewichtszunahme
☐ Angst vor Kohlenhydraten ☐ Binge-Eating-Themen ☐ frühere Essstörung
☐ aktuelles problematisches Essverhalten ☐ lieber behutsam besprechen

Sonstiges / Ergänzungen:

Gibt es etwas, das ich beim Thema Essen, Gewicht oder Körperbild besonders sensibel berücksichtigen soll?

Q) Verdauung & Beschwerden

Magen-Darm-Beschwerden:

- ☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Sodbrennen / Reflux ☐ Völlegefühl ☐ Blähungen
☐ Bauchkrämpfe ☐ Verstopfung ☐ Durchfall ☐ wechselnder Stuhl ☐ Hämorrhoiden
☐ Bauchschmerzen ☐ Appetitlosigkeit

Sonstiges / Ergänzungen:

Beschreibe Beschwerden, Häufigkeit, Tageszeit, Trigger und was bisher hilft:

Stuhlgang:

- ☐ täglich ☐ mehrmals täglich ☐ 2-3x/Woche ☐ seltener ☐ hart ☐ normal geformt
☐ weich ☐ flüssig ☐ Schmerzen ☐ Blut / Schleim - bitte ärztlich abklären

Sonstiges / Ergänzungen:

Weitere Beschwerden, die mit Ernährung, Schwangerschaft, Stillzeit oder Alltag zusammenhängen könnten:

R) Schlaf, Stress, Bewegung & Ressourcen

Schlafdauer: _____

Schlafqualität: _____

Stresslevel 0-10: _____

Energielevel 0-10: _____

Bewegung / Sport: _____

Schritte, falls bekannt: _____

Was raubt dir aktuell am meisten Energie? Was gibt dir Kraft?

Wie sieht dein Alltag aus? Arbeit, Schichtdienst, Betreuung, Familie, Unterstützung, Pausen?

Welche Bewegung ist realistisch und angenehm? Gibt es Einschränkungen, Rückbildung, Beckenboden oder ärztliche Vorgaben?

S) Ziele, Wünsche & Umsetzung

Deine wichtigsten Ziele für die Beratung:

Was hilft dir am meisten?

- ☐ klare Pläne ☐ flexible Baukästen ☐ Rezepte ☐ Einkaufsliste ☐ Mealprep-Ideen
- ☐ Snack-Ideen ☐ familientaugliche Lösungen ☐ ohne Tracking ☐ mit Protokoll/Tracking
- ☐ kleine Schritte ☐ viel Hintergrundwissen ☐ kurz und praktisch

Sonstiges / Ergänzungen:

Welche Hürden erwartest du bei der Umsetzung?

Was läuft bereits gut in deinem Essalltag? Worauf können wir aufbauen?

Was möchtest du auf keinen Fall? Was soll die Beratung nicht werden?

Gibt es noch etwas, das ich wissen sollte, um dich gut, realistisch und liebevoll zu begleiten?

Datum / Name:



Danke fürs Ausfüllen. Du musst nicht perfekt vorbereitet sein. Der Fragebogen hilft mir, deine Situation besser zu verstehen und unsere gemeinsame Beratungszeit sinnvoll zu nutzen.