



ESSGEWOHNHEITEN / ALLERGIEN

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)? **JA** **NEIN**

Haben Sie Allergien? **JA** **NEIN**

Falls **JA**, auf welche Lebensmittel oder Inhaltsstoffe sind Sie allergisch?

.....

Falls **JA**, welche Auswirkungen haben diese Lebensmittel?

Atemnot Rötung Ausschlag Andere Symptome

Was ist Ihr Lieblingsessen?

.....

Was ist Ihr Lieblingsdessert?

.....

Was essen Sie nicht / was mögen Sie nicht?

.....

Was trinken sie gerne?

Kaffee Tee Leitungswasser Mineralwasser mit Kohlensäure
Bier Weisswein Rotwein Anderes

Datum:

Unterschrift: