



Essbiografie

Vorname, Name:

Jahrgang

Wo sind Sie aufgewachsen?

- Deutschland Ausland, wo?
 Stadt Land
 Großfamilie ab 6 P

Wo haben Sie bisher gelebt? (Bei Heimaufenthalt)

- Haben Sie in einer Familie oder mit Partner/in gelebt? ja nein, allein
Haben Sie selbst gekocht? ja nein

Was haben Sie immer gerne gegessen?

In Ihrer Kindheit:

Als Erwachsene:

Was haben Sie immer gerne getrunken?

- Mineralwasser Saft
 Kräuter-/ Früchtetee Saftschorle
 Kaffee Schwarzer Tee
 Wein Weinschorle
 Bier Milch
 Sonstiges

Was mochten Sie überhaupt nicht essen oder trinken?

Essgewohnheiten

Haben Sie in der Familie gemeinsam gegessen?

- ja nein

Welche Mahlzeiten?

- Frühstück Mittagessen
 Abendessen nur am Wochenende

Haben Sie vor dem Essen gebetet?

- ja nein

Wenn ja, welches Gebet?

Haben Sie etwas zum Essen getrunken?

- ja nein
 Mineralwasser Saft, Saftschorle
 Kräuter-/ Früchtetee Wein, Bier

Erinnern Sie sich an traditionelle Gerichte in Ihrer Familie?

Sonntag

Heiligabend

1. Weihnachtstag

Silvester

Ostern

Geburtstag, z.B. Kuchen oder Dessert

Gibt es ein besonderes Gericht zu

(religiösen) Feiertagen in Ihrer Heimat

Weitere ausführliche Informationen: <https://www.fitimalter-dge.de/fuer-pflegende/essbiografie>

Gab es an bestimmten Wochentagen spezielle Gerichte? nein ja, z.B. _____

Wie wurde das Essen gereicht? alles stand auf dem Tisch, Selbstbedienung auf dem Teller serviert

Haben Sie täglich Suppe gegessen? ja nein meistens

Gab es jeden Tag einen Nachtisch? ja nein meistens

Gab es nach dem Mittagessen immer einen Kaffee/Tee? ja nein meistens

Wann gab es eine warme Mahlzeit? mittags abends

Was gab es meistens zum Frühstück?

Atmosphäre rund um den Tisch

Lag auf Ihrem Esstisch ein Tischtuch? ja nein manchmal

Wurde an Sonn- und Feiertagen der Tisch besonders gestaltet? ja nein

An welche schöne Atmosphäre am Tisch können Sie sich noch ganz besonders erinnern (z.B. nette Gespräche, Tischmusik, Kerzen)?

Gibt auch unangenehme Erinnerungen rund ums Essen? Wenn ja, welche?

Welche Speisen essen Sie jetzt besonders gerne:

Frühstück: _____

Zwischendurch: _____

Mittagessen: _____

Kaffee/Tee: _____

Abendessen: _____

Spät-/Nachtmahlzeit: _____

Essen Sie gerne in Gesellschaft? ja nein nicht immer

Haben Sie guten Appetit? ja nein

Haben Sie Lust auf Getränke? ja nein

Auf welche:

Gibt es bestimmte Lebensmittel oder Speisen, die Sie nicht gut vertragen? (Allergien, Sodbrennen, Völlegefühl etc.) ja, folgende: _____ nein

Benötigen Sie eine bestimmte Diät? ja, folgende Diät: _____ nein
