



Heftnummer _____

Fragebogen zur Ernährung

1. Darfst Du alles essen oder meidest Du manche Lebensmittel?

a) Ja, ich darf alles essen

b) Nein, ich esse kein/e _____ ,

weil ich es nicht vertrage (z.B. Allergie)

wegen meiner Religion

Sonstiges _____

2. Bei der folgenden Frage sind zu jeder Zubereitungsform von Obst und Gemüse 3 Gesichter eingezeichnet. Sie drücken aus, wie gern oder ungerne Du etwas bestimmtes isst. Kreuze jeweils das Gesicht an!

Esse ich...	immer gern	weder gern noch ungerne	gar nicht gern

Frisches Obst 	Rohes Gemüse
Blattsalat 	Hülsenfrüchte (Bohnen, Erbsen, Linsen)
Fruchtsaft 	Gemüsesaft
Getrocknetes Obst 	Gekochtes Gemüse
Gemüsesuppen/Gemüse Eintopf 	Obst aus der Dose/Glas
Gemüse aus der Dose/Glas 	Kartoffeln

3. Bei der folgenden Frage findest Du verschiedene Formen von Obst und Gemüse. Kreuze jeweils an, wie oft Du es isst.

	täglich	manchmal	selten oder nie
Frisches Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getrocknetes Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst aus der Dose/Glas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruchtsaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blattsalate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rohes Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüsesuppen/Gemüse Eintopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gekochtes Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse aus der Dose/Glas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüsesaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartoffeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hülsenfrüchte (Bohnen, Erbsen, Linsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Welches ist Dein Lieblingsobst?

5. Welches ist Dein Lieblingsgemüse?

6. Welche Obstsorte magst Du gar nicht?

7. Welche Gemüsesorte magst Du gar nicht?

8. Wer wohnt alles bei Dir zu Hause?

Mutter

Vater

Geschwister Anzahl: _____

Oma

Opa

andere Personen _____

9. Woher stammt Deine Mutter?

Deutschland Türkei

Italien Griechenland

Polen Russland

Sonstige _____

10. Woher stammt Dein Vater?

Deutschland Türkei

Italien Griechenland

Polen Russland

Sonstige _____