

Essbiografie von

Vorname, Name

Jahrgang

Lebensgeschichte

Wo haben Sie bisher gelebt?

Deutschland

Ausland, wo?

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

Kräuter-/ Früchtetee

Kaffee

Wein

Bier

Saft

Saftschorle

schwarzer Tee

Weinschorle

Milch

Was mochten Sie überhaupt nicht essen oder trinken?

Essgewohnheiten

Haben Sie in der Familie gemeinsam gegessen

ja

nein

Haben Sie vor dem Essen gebetet?
Wenn ja, welches Gebet?

ja

nein

Haben Sie etwas zum Essen getrunken

ja

nein

Mineralwasser

Kräuter-/ Früchtetee

Wein

Saft

Saftschorle

Bier

Milch

Erinnern Sie sich an traditionelle Gerichte in Ihrer Familie?

Sonntag

Heiligabend

1. Weihnachtstag

Silvester

Ostern

Geburtstag



Gibt es ein besonderes Gericht zu (religiösen) Feiertagen in Ihrer Heimat

Haben Sie täglich Suppe gegessen? ja nein meistens
Gab es jeden Tag einen Nachtsch? ja nein meistens
Gab es nach dem Mittagessen immer ja nein ab und zu
einen Kaffee/Tee?

Atmosphäre rund um den Tisch

Lag auf Ihrem Esstisch ein Tischtuch? ja nein manchmal

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

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

Welche Speisen essen Sie jetzt besonders gerne:

Frühstück:

Zwischendurch: _____

Mittagessen: _____

Kaffee/Tee: _____

Abendessen: _____

Spät-/Nachtmahlzeit: _____

Möchten Sie gerne Gesellschaft beim ja nein nicht immer
Essen?

Haben Sie guten Appetit? ja nein

Haben Sie Lust auf Getränke? ja nein

auf welche

Haben Sie das Gefühl, bestimmte ja, was nein
Lebensmittel oder Speisen nicht zu
vertragen (Allergien, Sodbrennen,
Völlegefühl etc.)

Benötigen Sie eine bestimmte Diät? ja, was nein