

ANAMNESEBOGEN

ERNÄHRUNGSMEDIZIN

Liebe Klientin, lieber Client,

die Ernährungsberatung erfolgt sehr individuell. Daher benötige ich einige Angaben von Ihnen, um eine erfolgsorientierte Beratung durchzuführen zu können.

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen wahrheitsgemäß aus, um eine bestmögliche Grundlage zu schaffen.

Vielen Dank

ALLGEMEINE ANGABEN

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

ERKRANKUNGEN IN DER BLUTVERWANDTEN FAMILIE

- Übergewicht
- Diabetes
- Bluthochdruck
- erhöhte Blutfette
- Schlaganfall

- erhöhte Harnsäure/Gicht
- Gallen-, Nierensteine
- Nierenschwäche
- Herzinfarkt
- Osteoporose

Krebs _____

Sonstiges_____



EIGENE ERKRANKUNGEN

- Diabetes
- Bluthochdruck
- erhöhte Blutfette
- erhöhte Harnsäure/Gicht
- Gallen-, Nierensteine
- Nierenschwäche
- Herzinfarkt
- Krebs _____
- Erkrankungen des Bewegungsapparates _____
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten _____
- Allergie _____
- Magen-Darm-Erkrankung _____
- Sonstiges_____

WAREN SIE SCHON EINMAL IN PSYCHOLOGISCHER MITBEHANDLUNG?

- Nein ja, seit wann: _____

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE ZU SICH?

- Nein ja, welche: _____

NEHMEN SIE NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL ODER VITAMINE EIN?

- Nein ja, welche: _____

HATTEN SIE BEREITS EINE DARMSPIEGELUNG ZUR KREBSVORSORGE?

- Nein ja, wann? _____

RAUCHEN SIE?

- Nein ja



TRINKEN SIE ALKOHOL?

Nein ja, welche? Bier Wein Sekt Spirituosen Cocktails

Wie oft pro Woche? _____

WELCHE BESCHWERDEN HABEN SIE ZUR ZEIT?

WAS SIND IHRE EIGENEN ZIELE / ERWARTUNGEN AN DIESE BERATUNG?

WIE GESTALTET SICH IHRE SOZIALE SITUATION?

alleinlebend in Partnerschaft zu versorgende Person

BERUFLICHE SITUATION**WELCHEN BERUF ÜBEN SIE AUS?**

WIE BESCHREIBEN SIE IHRE BERUFLICHE SITUATION UND DAS UMFELD?

Arbeitsstunden pro Woche: _____ Letzter Urlaub (Monat/Jahr):_____

SPORT**TREIBEN SIE SPORT?**

Nein ja

Welche Sportart? _____

Wie viele Stunden pro Woche? _____

Wie viele Minuten pro Einheit? _____



ALLGEMEIN

TREten bei BEWEGUNG SCHMERZEN/ATEMNOT AUF?

Nein ja

Welches aktuelle Gewicht haben Sie (kg)? _____

Welche Körpergröße haben Sie (cm)? _____

Nur bei Übergewicht:

(bei anderen Beratungsgründen weiter bei dem Punkt Essgewohnheiten)

Höchstgewicht: _____ Wunschgewicht: _____ Wann? _____

Wie haben Sie versucht abzunehmen?

Ist bei Ihnen eine bariatrische OP (Magenverkleinerung) durchgeführt worden/abgelehnt worden/geplant oder von Ihnen nicht gewünscht?

HABEN SIE ESSANFÄLLE?

Nein ja

Wenn ja, wie häufig pro Woche: _____

WIE SIND IHRE ESSGEWOHNHEITEN?

- regelmäßig
- unregelmäßig
- spezielle Ernährung/Lebensmittel: _____

WIE SIND SIE AUF MICH AUFMERKSAM GEWORDEN?



VIELEN DANK FÜR IHRE ZEIT!