

ANAMNESEBOGEN

ERNÄHRUNGSMEDIZIN

Liebe Klientin, lieber Klient,

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäure/Gicht |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gallen-, Nierensteine |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Nierenschwäche |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Krebs _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |



EIGENE ERKRANKUNGEN

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe Syndrom |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäure/Gicht | <input type="checkbox"/> Leberverfettung |
| <input type="checkbox"/> Gallen-, Nierensteine | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenfunktionsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Nierenschwäche | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | |
| <input type="checkbox"/> Krebs _____ | |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Bewegungsapparates _____ | |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten _____ | |
| <input type="checkbox"/> Allergie _____ | |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung _____ | |
| <input type="checkbox"/> 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!