

Datum: _____

Beratungs-Nr.: _____

Auslieferung Anamnesebogen am: _____

Fragen zur Person:

Name: _____

Alter: _____

Familiensituation: 0 ledig 0 verheiratet 0 Kinder

Berufliche Situation (Art des Jobs, Voll- oder Teilzeit): _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm BMI: _____

Grund/Motivation für die Beratung:

Wie sind Sie auf mich gestoßen?

Welches Ziel verbinden Sie mit der Beratung?

Was sind Ihre Wünsche und Hoffnungen (verbunden mit dem Ziel/den Zielen)?

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Gesundheitliche Situation/Vorgeschichte:

Sind Sie von Krankheiten betroffen?

O Herz (z.B. Infarkt, Rhythmusstörungen, Stent, Bypass) _____

O Gefäße (z.B. Verkalkung, Bypass) _____ O Blutdruck (hoch, tief) _____

O Haut (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis, Akne) _____

O Diabetes mellitus (Typ1 oder 2) _____ O Fettstoffwechsel _____

O Blase (z.B. Reizung, Entzündung) _____

O Niere (z.B. Insuffizienz, Steine, Zysten, Entzündungen) _____

O Leber (z.B. Hepatitis, Fettleber) _____ O Galle (z.B. Steine, Koliken) _____

O Magen (z.B. Gastritis, Helicobacter) _____

O Darm (z.B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Reizdarm, Divertikel) _____

O Lunge (z.B. Asthma, Bronchitis) _____ O Gelenke (Prothesen) _____

O Schilddrüse (z.B. Hashimoto, Basedow, OP) _____

O Augen (z.B. Star, Makuladegeneration) _____

O Allergie (z.B. Heuschnupfen, Pollen) _____

O Rücken (z.B. Ischias, Skoliose) _____

O Zähne (z.B. Implantate, Kronen, Füllungen) _____

O Sucht _____ O Psyche _____

Gibt es in Ihrer Familie Krankheiten (siehe oben)?

Wurden Erkrankungen mit Antibiotika/Kortison behandelt? Welche und wann?

Nehmen Sie Medikamente (auch Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf-, Kopfschmerzmittel, Pille) ein? Seit wann? Welche

Dosis? _____

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Seit wann? Welche Dosis?

Sind Sie anfällig für Infekte? Ja Nein

Welche Impfungen haben Sie in den letzten Jahren bekommen? Gab es Reaktionen?

Stuhlgang täglich alle 2 Tage alle 3 Tage alle 4 Tage unregelmäßig

Aussehen: knotig, hart, schmierig, wurstartig, dünnflüssig, brauche viel Papier, wechselnd

Leiden Sie unter/haben Sie

Haarausfall sprödes Haar Hautjucken vermehrtes Auftreten von Blutergüssen

Bruchige/auffällige Nägel Sonnenallergie unreine Haut

Muskelkrämpfe Schwindel Taubheitsgefühle, Kribbeln Narben

Schmerzen/Verspannungen (wo?) _____

Besenreiser, Krampfadern

starkes Schwitzen Frieren

Müdigkeit Schlappeheit Kopfschmerzen Schlafstörungen

Tinnitus Atembeschwerden Ödeme

kalte Hände/Füße Mundgeruch Zahnfleischbluten Übelkeit Erbrechen

Blähungen Magenschmerzen Sodbrennen Durchfall Verstopfung

Hämorrhoiden Zeckenbisse

dunkler Urin Menstruationsbeschwerden Prostatabeschwerden

Sonstiges _____

Wie beurteilen Sie Ihren Stresszustand? (1 = wenig Stress, 10 = hoher Stress)

Essverhalten

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie zu sich? Snacken Sie gerne?

Mit wem nehmen Sie die Mahlzeiten ein?

Wann die erste, wann die letzte Mahlzeit?

Verfolgen Sie eine bestimmte Ernährungsform (welche)?

Was ist für Sie die wichtigste Mahlzeit?

Was essen Sie besonders gerne und oft?

Was mögen Sie nicht so gerne? _____

Bereiten Sie das Essen selbst zu? Ja Nein Zeitaufwand? _____

Besonderheiten im Essverhalten:

nicht aufhören können Reste der anderen essen

zurückhaltend essen immer Heißhunger Schnellesser nebenbei essen

Sind Sie Belohnungs- oder Frustesser? _____

Was trinken Sie und wieviel?

Alkohol Wie Häufig? _____ Was? _____ Wieviel? _____

Rauchen Sie? Ja Nein Wieviel?

Machen/Machten Sie Diäten?

Sport & Freizeit

Sport? Ja, nein, wieviel, was?

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit?

Erwartungen

Was könnten Hindernisse bei der Umsetzung sein?

Was muss geändert werden, damit es Ihnen bezüglich Ihres „Kummers“ besser geht?
