

Persönliche Anamnese

Bitte ausdrucken, ausfüllen und mitbringen.

Die Angaben auf dem Anamnesebogen sind für die Therapie maßgebend. Deshalb nimm dir bitte ausreichend Zeit, um die Fragen so genau wie möglich zu beantworten. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Persönliche Daten

Name: E-Mail:

Vorname: Festnetz:

Geburtsdatum: Mobil:

Anschrift: Krankenkasse:

..... Privat:

..... Zusatz:

Haben Sie **Kinder**? ja nein

Leben Sie allein oder in **Partnerschaft**?

Beruf:

Größe: Gewicht:

Möchten Sie gern **abnehmen**? nein ja

Wenn **ja**, was ist Ihr **Wunschgewicht**?

Erkrankungen:

Beschwerden im Moment:

.....

Unter welchen **Vorerkrankungen** leiden Sie und seit wann?

Darmerkrankungen z.B Colitis ulceroa, M.Chron	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Magen-Beschwerden	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Lebererkrankung	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Gallenblasenerkrankung	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Infektanfälligkeit	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Diabetes mellitus	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Bluthochdruck	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Fettstoffwechselstörung	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Herzinfarkt	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Herzrhythmusstörung	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Thrombose	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Durchblutungsstörung	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Lungenerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Gicht	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Gelenk-Rheumaerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Bösartige Erkrankungen z.B. Tumore	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Hauterkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
HIV/AIDS	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Allergien	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Heuschnupfen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

Nervenerkrankung z.B. Parkinson, MS nein ja

Psychische Erkrankungen nein ja

z.B. Depression, Angststörung

Sonstige Erkrankungen:

Operationen/Unfälle (wenn möglich chronologisch)

.....

.....

.....

Familiäre Erkrankungen

.....

.....

.....

Ist Ihnen der **Impfstatus** bekannt? nein ja

Waren Sie in den letzten **5 Jahren im Ausland?** nein ja

Wenn „ja“ - **wo?**

.....

.....

Nehmen Sie **Medikamente?** nein ja

Wenn „ja“ - **welche?**

.....

.....

.....

Nehmen Sie **Nahrungsergänzungen?** nein ja

Wenn „ja“ - **welche?**

.....

.....

.....

Haben Sie jemals **Cortison** eingenommen? nein ja
Wenn "ja"- wann?

.....

Haben Sie jemals **Antibiotika** eingenommen? nein ja
Wenn "ja"- wann?

.....

Haben Sie **Narben**? nein ja
Wenn "ja"- wo?

.....

.....

Haben Sie **tote Zähne**? nein ja
Wenn "ja"- wo?

.....

.....

Haben oder hatten Sie **Amalgam-Füllungen**? nein ja

Rauchen Sie? nein ja
Wenn "ja"- wie viel pro Tag?.....

Möchten Sie mit dem **Rauchen aufhören**? nein ja

Verdauung

Unter welchen **Verdauungsstörungen** leiden Sie und seit wann?

- Blähungen
- Blähbauch
- Verstopfung
- Durchfall

- Aufstoßen
- Sodbrennen
- Völlegefühl
- Übelkeit
- Afterjucken
- Bauchkrämpfe
- Bauchschmerzen
- sonstige:

Wie **oft** haben Sie **Stuhlgang**? x täglich x wöchentlich

Welche **Konsistenz** hat Ihr Stuhl?

- geformt breiig fest wechselhaft wässrig

Ihr durchschnittliches **Energielevel** beträgt?

(1= wenig Energie 10= viel Energie)

Ihr durchschnittliches **Stresslevel** beträgt?

(1=kein Stress 10= sehr viel Stress)

Schlaf

Leiden Sie unter **Schlafstörungen**? nein ja

Wenn "ja"- welche?

Sind Sie oft **müde**? nein ja

Fühlen Sie sich **morgens frisch** und **ausgeschlafen**? nein ja

Wie viel **Stunden** pro Nacht **schlafen** Sie?

Trink- und Essverhalten

Wie viel **Liter trinken** Sie täglich?

Was trinken Sie?.....

Wie oft trinken Sie **Alkohol**? nie/selten 2-3 x Woche 4-7 x Woche

Wie oft essen Sie am Tag? (inkl. Zwischenmahlzeiten)

Ihre Ernährungsform:

Mischkost

vegetarisch

vegan

Rohkost

Sie **verzichten** auf?

Fasten Sie regelmäßig? nein ja

Wenn "ja"- wie?

.....

Wurde bei Ihnen eine **Nahrungsmittelunverträglichkeit** festgestellt?

nein ja

Wenn "ja"- welche? (z.B. Gluten, Laktose)

.....

.....

Wie oft essen Sie **Obst und Gemüse**?

nie/selten 2-3 x Woche 4-7 x Woche

Wie oft essen Sie **Süßigkeiten**? (Kuchen, Kekse, Schokolade, Eis etc.)

nie/selten 2-3 x Woche 4-7 x Woche

Haben Sie **Heißhunger**? ja nein

Wenn "ja"- auf was?.....

Wie oft essen Sie **Fast-Food**? (Curry-Wurst, Pommes, Chips, Pizza, Hamburger etc.)

nie/selten 2-3 x Woche 4-7 x Woche

Nehmen Sie regelmäßig ein **Sonnenbad**? **0** nein **0** ja

Bewegen Sie sich regelmäßig? **0** nein **0** ja

Wenn "ja"- wie? (z.B. joggen, schwimmen, Yoga)

.....
.....

Sonstiges:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vereinbarte Termine sind verbindlich. Ich nehme zur Kenntnis, dass Terminänderungen mindestens 24 Stunden vorher erfolgen müssen. Ansonsten werden 50 % der Behandlungskosten in Rechnung gestellt.

Datum _____

Unterschrift _____