

Anamnesebogen

Datum: _____

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Hobbys: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Raucher: ☐ ja ☐ nein

Ernährung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Was essen Sie pro Woche?

Lebensmittel	nie	selten	1 mal	2-3 mal	täglich
Obst					
Gemüse					
Vollkornprodukte (Brot, Nudeln, Reis)					
Weißmehlprodukte (Brot, Nudeln, Reis)					
Frischmilchprodukte (Käse, Joghurt)					
Frittiertes / Paniertes					
Fertigprodukte					
Wurst (Aufschnitt etc.)					
Fleisch					
Fisch					
Süßigkeiten / süßes Gebäck / Pudding etc.					
Knabbergebäck (Chips, etc.)					

Essverhalten

- ☐ vegetarisch
☐ vegan
☐ ketogen

Sonstiges: _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

- ☐ Lactoseintoleranz
☐ Glutenintoleranz
☐ Fruktoseintoleranz
☐ Histaminintoleranz

Sonstiges: _____

Trinkverhalten & Bewegung

Trinkverhalten pro Tag

Ich trinke _____ Liter Flüssigkeit / Tag

Davon:	Menge
Kaffee / Tee	_____ Liter
Milch	_____ Liter
Limonade	_____ Liter
Fruchtsaft	_____ Liter
Mineralwasser	_____ Liter
Sonstiges	_____ Liter

Alkoholkonsum (pro
Woche): _____

Sportliche Betätigung

☐ Kein Sport

Sportart: _____

Sonstige sportliche
Betätigungen
(Gartenarbeit,
Spaziergänge etc.): _____

Anzahl Stunden pro
Woche: _____

Befindlichkeitsstörungen

Beschwerden	nie	manchmal	häufiger	ständig
Vermehrte Müdigkeit				
Antriebslosigkeit				
Erschöpfungszustände				
Niedergeschlagenheit				
Stimmungsschwankungen				
Konzentrationsschwankungen				
Innere Unruhe				
Muskuläre Verspannungen				
Wadenkrämpfe				
Kopfschmerzen				
Migräne				
Nächtliches Schwitzen				
Nicht einschlafen können				

Befindlichkeitsstörungen - Fortsetzung

Beschwerden	nie	manchmal	häufiger	ständig
Nicht durchschlafen können				
Morgenmüdigkeit				
Schwaches Immunsystem				
Verstopfung				
Durchfall				
Blähungen				
Bauchschmerzen				
Probleme mit der Haut				
Trockene Haut				
Neurodermitis				
Schuppenflechte (Psoriasis)				
Probleme mit den Haaren				
Probleme mit den Fingernägeln				

Weitere Gesundheitsangaben

Ihre medizinischen Daten werden streng vertraulich behandelt. Sie dienen ausschließlich der Ermittlung Ihres persönlichen Gesundheitsprofils.

Gesundheitsangaben

Erkrankungen / Gesundheitsstörungen:

Operationen:

Allergien:

Medikamenteneinnahme (z. B. auch Antibiotika):

Sonstiges, was Sie mitteilen möchten:

Für Frauen

☐ Einnahme der Pille
Datum:

☐ Menstruationsbeschwerden
Unterschrift:

☐ Menopause