

Persönliche Anamnese

Bitte ausdrucken, ausfüllen und zum Termin mitbringen

Bitte nimm Dir ausreichend Zeit die für die Beantwortung der Fragen. Sei dabei bitte so genau wie möglich. Die Angaben sind wichtig für die Therapie. Selbstverständlich behandle ich alle Angaben streng vertraulich.

Persönliche Angaben

Name:

E-Mail:

Vorname:

Telefon:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Adresse:

Privat:

Zusatz:

Lebst Du allein oder in Partnerschaft?

Hast Du Kinder?

ja nein

Berufliche Tätigkeit:

Größe:

Würdest Du gern abnehmen?

ja nein

Gewicht:

Falls ja, wieviel?

Erkrankungen

Derzeitige Beschwerden:

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

Vorerkrankungen:

Unter welchen Vorerkrankungen leidest Du, seit wann?

- | | |
|--|---|
| Allergien | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Thrombose | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Darmerkrankungen (z.B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Magen-Darm Beschwerden | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Gallenblasenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Infektanfälligkeit | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

- Gicht nein ja
- Rheumatische Erkrankungen nein ja
- Bösartige Erkrankungen (z.B. Tumore) nein ja
- Hauterkrankungen nein ja
- HIV / AIDS nein ja
- Nervenleiden (z.B. Parkinson, MS) nein ja
- Psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Angststörung) nein ja

OPs und Unfälle

.....

.....

Familiäre Erkrankungen

.....

.....

Warst Du in den letzten 5 Jahren im Ausland? ja nein

Falls ja, wo?

Nimmst Du Medikamente? ja nein

Falls ja, welche?

Wie ist Dein Impfstatus?

Nimmst Du Nahrungsergänzungsmittel? ja nein

Falls ja, welche?

Rauchst Du? ja nein

Falls ja, wieviel pro Tag?

Möchtest Du aufhören? ja nein

Verdauung

Unter welchen Verdauungsstörungen leidest Du, seit wann?

Blähungen ja nein

Blähbauch ja nein

Durchfall ja nein

Verstopfung ja nein

Aufstoßen ja nein

Sodbrennen ja nein

Völlegefühl ja nein

Übelkeit ja nein

Bauchschmerzen ja nein

Sonstiges

Wie oft hast Du Stuhlgang?x am Tag x in der Woche

Wie ist der Stuhl beschaffen?

Geformt Fest
Breiig wässrig wechselhaft

Ess- und Trinkgewohnheiten

Wieviel Liter trinkst Du pro Tag? Liter Was?

Wie oft trinkst Du Alkohol?

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

Wie ernährst Du Dich?

Mischkost vegetarisch vegan

Worauf verzichtest Du?

Fastest Du regelmäßig? ja nein

Falls ja, wie?

Hast Du Nahrungsmittelunverträglichkeiten? ja nein

Falls ja, welche?

Wie oft isst Du Obst und Gemüse?

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

Wie oft isst Du Süßes? (Schokolade, Gummibärchen, Kuchen, Gebäck)

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

Wie oft isst Du Fast Food? (Pommes, Pizza, Burger)

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

Hast Du Heißhunger? ja nein

Falls ja, worauf?.....

Sonst Du Dich regelmäßig? ja nein

Bewegst Du Dich regelmäßig? ja nein

Falls ja, wie?

Sonstiges.....

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass Terminänderungen mindestens 24h im Voraus stattfinden müssen. Andernfalls werden mir 50% der Behandlungskosten in Rechnung gestellt.

Datum

Unterschrift