

# Anamnesebogen

**Name** \_\_\_\_\_

## Lebensstil

### **Rauchen Sie?**

- Nie
- bis zu 20 Zigaretten/Tag
- mehr als 20 Zigaretten/Tag

### **Haben Sie Stress?**

- wenig
- mäßig
- viel

### **Trinken Sie Alkohol?**

- Nie
- selten
- 1-2 Gläser/Woche
- 1-2 Gläser/täglich
- mehr als 2 Gläser täglich

### **Berufliche Tätigkeit**

- vorwiegend sitzend
- relativ viel Bewegung
- schwere körperliche Arbeit

### **Treiben Sie Sport?**

- selten
- ca. 30 min/Woche
- 1-2 Stunden/Woche
- mehr als 2 Stunden/Woche

**Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel?**

nein                       ja, welche:

---

**Führen Sie eine vegetarische oder vegane Lebensweise?**

nein                       ja

---

**Diätgeschichte**

**Wie hoch war /ist Ihr Höchstgewicht?**

---

In welchem Jahr?

---

**Bisherige Diätversuche**

- nie
- 1-3 mal
- 4-9 mal
- in regelmäßigen Abständen

Wie haben Sie bisher versucht, Gewicht zu verlieren?

---

## **Ihr körperliches Befinden**

**Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator  
oder andere implantierte, elektronische Kontroll-Vorrichtungen?**

nein                       ja

**Leiden Sie unter Verdauungsbeschwerden?**

- nein
  - Darmträgheit/Verstopfung
  - Durchfall
  - sonstige:
- 

**Leiden Sie unter Migräne?**

nein                       ja                       ja mit Medikamenten

---

## **Gesundheitszustand**

**Haben Sie eine Nahrungsmittelallergie/Unverträglichkeit?**

- nein
  - Laktoseintoleranz
  - Fruktoseunverträglichkeit
  - Histaminintoleranz
  - Milcheiweißallergie
  - Sojaweiweißallergie
  - Zöliakie
  - sonstige:
-

**Trifft eine oder mehrere der folgenden  
Erkrankungen auf Sie zu?**

- Herzinsuffizienz
  - fortgeschrittene Niereninsuffizienz (oder Nebenniereninsuffizienz)
  - schwere Leberfunktionsstörung
  - akute entzündliche Darmerkrankung
- 

Essstörung (Ess-Brech-Sucht, Binge eating disorder, Magersucht, ...)

**Sonstige Krankheiten**

---

**Bekannte Stoffwechselkrankheiten**

**Erhöhte Blutfette**

**(Erhöhtes Cholesterin, erhöhte Triglyceride)**

nein             ja             ja mit Medikamenten

---

**Diabetes**

nein             ja             ja mit Medikamenten

---

**Gicht (erhöhte Harnsäure im Blut)**

nein             ja             ja mit Medikamenten

---

**Bluthochdruck**

nein                       ja                       ja mit Medikamenten

---

**Schilddrüsenerkrankungen**

nein                       ja                       ja mit Medikamenten

---

**Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?**

nein                       ja, wegen:

---

**Nehmen Sie Medikamente?**

nein                       ja, welche:

---

**Was möchten Sie mit meiner Hilfe erreichen?**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie ausdrücklich dass Sie zum Austausch von Daten oder Ergebnissen e-Mail Verkehr mit Ihrem Betreuer zulassen. Ihre Daten werden zum Zweck der Verarbeitung gespeichert. Ihre Daten werden ausschließlich auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen im Einklang mit unseren Statuten verarbeitet. Selbstverständlich werden Ihre Daten niemals ohne Ihr Einverständnis an Dritte weitergegeben.

Ort, Datum:

Unterschrift:

---