

# Fragebogen zur ausführlichen Anamnese

Dieser Fragebogen dient der ausführlichen Erfassung Ihrer Beschwerden und deren Hintergründe und bildet die Grundlage für das Erstgespräch und meine ganzheitliche Beratung und Betreuung. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt!

## I. Personalien

Datum \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_ m Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

BMI: \_\_\_\_\_ (Tierkreiszeichen: \_\_\_\_\_) (Element: \_\_\_\_\_)

Adresse:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Berufl. Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Überwiegend sitzend  Überwiegend stehend  viele einseitige Bewegungen

Stressbelastung            nein             ja, pos. Stress             ja, neg. Stress

## I. Ursachenorientierte Anamnese

• Bitte schildern Sie mit eigenen Worten Ihre Hauptbeschwerden!

---

---

---

---

---

- Seit wann bestehen die o.g. Beschwerden?
- Wann sind die Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten?
- Haben Sie eine Vermutung, welche Ursachen mit dem Auftreten Ihrer Beschwerden zusammen hängen? Wenn ja, welche? (z.B. Krankheit, Antibiotikaeinnahme, Schwangerschaft, Wechseljahre, Umzug, Trennung, Tod eines Angehörigen, Emotionale Konflikte, Mobbing, Umweltgifte aus Renovierungsarbeiten, Schimmel im Haus usw., bitte ggf. auf einem extra Zettel ausführlich beschreiben!)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Wie stark ist die Einschränkung durch Ihre Beschwerden für ihre Lebensqualität?  
(1= schwach, 10 = sehr stark)

|        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |  
 1        2        3        4        5        6        7        8        9        10

- Welche Maßnahmen haben Sie bereits zur Beseitigung der gegenwärtigen Beschwerden ergriffen?

---



---



---



---

- Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

---



---

### Detaillierte Anamnese vorliegender Beschwerden!

Bitte kreuzen Sie alles an, was regelmäßig auf Sie zutrifft und unterstreichen Sie Ihre Hauptprobleme!

#### Herz-Kreislauf/Stoffwechsel

- Bluthochdruck
- Niedriger Blutdruck
- Arteriosklerose
- Erhöhte Blutfettwerte
- Erhöhte Harnsäure (Gicht)
- Diabetes mellitus Typ I / II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

#### Haut

- Neurodermitis
- Schuppenflechte
- Allergien/Unverträgl.
- Juckreiz
- Akne
- Urtikaria (Nesselsucht)
- Hautpilze

#### Menstruation

- Starke Periode
- Schmerzhafte Periode
- Zu häufige Periode
- Unregelmäßige Periode
- Zwischenblutungen
- Wassereinlagerungen
- Prämenstruelles Syndrom
- Hormonelle Verhütung

#### Muskeln & Bewegungsapparat

- Arthrose
- Polyarthritis
- Rheuma
- Osteoporose
- Bandscheibenprobleme
- Rückenschmerzen
- Verspannungen Schulter/Nacken
- Knieprobleme

#### Haare

- glanzloses Haar
- brüchiges Haar
- dünnes Haar
- Kopfschuppen
- Entzündungen der Kopfhaut
- Haarausfall kreisrund
- Haarausfall diffus

#### Magen-Darm-Probleme

- Durchfall
- Verstopfung
- Blähungen
- Völlegefühl
- Sodbrennen
- Magenschmerzen
- Darmpilze
- Hämorrhoiden

### Verschiedenes

Übergewicht	<input type="checkbox"/>	Depressionen	<input type="checkbox"/>
Heißhunger	<input type="checkbox"/>	Aggressionen	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen/Migräne	<input type="checkbox"/>	Müdigkeit	<input type="checkbox"/>
Krampfadern/Besenreiser	<input type="checkbox"/>	Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>
Cellulite	<input type="checkbox"/>	Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/>
Thrombosen	<input type="checkbox"/>	Häufige Erkältungen	<input type="checkbox"/>
Nierensteine	<input type="checkbox"/>	Gallensteine	<input type="checkbox"/>
Alkoholabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	Nikotinabhängigkeit	<input type="checkbox"/>
Asthma/Bronchitis	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>

### Stress & seelische Probleme

Unzufriedenheit	<input type="checkbox"/>	Psychische Konflikte	<input type="checkbox"/>
Minderwertigkeitsprobl.	<input type="checkbox"/>	Überehrgeizig	<input type="checkbox"/>
Geldsorgen	<input type="checkbox"/>	Innere Unruhe/ Nervosität	<input type="checkbox"/>
Fam. Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	Entscheidungsprobleme	<input type="checkbox"/>

Sonstige Beschwerden:

---

---

### • Beschreiben Sie Ihre Blutwerte oder legen Sie die aktuellen Werte ggf. bei!

	Zu niedrig	zu hoch	normal	schwankend
Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholesterinspiegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnsäurespiegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutzuckerspiegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## II. Anamnese des Ernährungsverhaltens

### Bitte kreuzen Sie an, was auf Ihre tägliche Ernährung zutrifft!

Deftige Hausmannskost	<input type="checkbox"/>
Überwiegend tierische Kost	<input type="checkbox"/>
Low-Carb-Ernährung	<input type="checkbox"/>
Low-Fat-Ernährung	<input type="checkbox"/>
Überwiegend pflanzliche Kost	<input type="checkbox"/>
Vollwertkost	<input type="checkbox"/>
Normale Mischkost	<input type="checkbox"/>
Vegetarische Kost	<input type="checkbox"/>
Vegane Ernährung	<input type="checkbox"/>
Überwieg. eigene Zubereitung der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>
Verwendung frischer Zutaten für die Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>
Verwendung biologisch angebaute Lebensmittel	<input type="checkbox"/>
Häufiger Außer-Haus-Verzehr (Kantine, Imbissstube, Restaurant)	<input type="checkbox"/>
Verwendung zuckerreduzierte Diätprodukte	<input type="checkbox"/>
Verwendung fettreduzierter Diätprodukte	<input type="checkbox"/>
Verwendung vieler Fertig- bzw. Halbfertigprodukte	<input type="checkbox"/>
Regelmäßige Durchführung von Diäten	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>

---

• **Welche Essgewohnheiten treffen auf Sie zu?**

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Essen aus Hunger   | <input type="checkbox"/> | Essen aus Frust oder Ärger               | <input type="checkbox"/> |
| Essen als Trost  | <input type="checkbox"/> | Essen aus Langeweile                     | <input type="checkbox"/> |
| Essen beim Fernsehen   | <input type="checkbox"/> | Belohnung mit Essen                      | <input type="checkbox"/> |
| Langsames, genussvolles Essen  | <input type="checkbox"/> | Hastiges Essen                           | <input type="checkbox"/> |
| Der Teller wird leer gegessen  | <input type="checkbox"/> | Wenn ich satt bin, höre ich auf zu essen | <input type="checkbox"/> |
| Regelmäßige Mahlzeiten   | <input type="checkbox"/> | Unregelmäßige Mahlzeiten                 | <input type="checkbox"/> |
| Mittags warme Mahlzeit   | <input type="checkbox"/> | Abends warme Mahlzeit                    | <input type="checkbox"/> |
| Essen in angespannten Situationen (Angst, Spannung beim Krimi, o.ä.)   | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| Essen größerer Portionen in Gesellschaft (Festlichkeiten, Hotelbuffet) | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| Tagsüber wenig o. nichts essen u. abends viel bzw. ungezügelt Snacken  | <input type="checkbox"/> |  |                          |

• **Wie viele Haupt- und Zwischenmahlzeiten verzehren Sie am Tag?**

---

• **In welchem zeitlichen Abstand nehmen Sie ihre Mahlzeiten ein?**

---

• **Welche Getränke nehmen Sie über den Tag verteilt auf und welche Mengen? (Angaben in Litern oder Gläsern)**

- |                |                          |               |
|----------------|--------------------------|---------------|
| Kakao          | <input type="checkbox"/> | _____ pro Tag |
| Kaffee         | <input type="checkbox"/> | _____ pro Tag |
| Schwarztee     | <input type="checkbox"/> | _____ pro Tag |
| Kräutertee     | <input type="checkbox"/> | _____ pro Tag |
| Getreidekaffee | <input type="checkbox"/> | _____ pro Tag |
| Fruchtsaft     | <input type="checkbox"/> | _____ pro Tag |
| Limonade /Cola | <input type="checkbox"/> | _____ pro Tag |
| Wasser         | <input type="checkbox"/> | _____ pro Tag |
| Milch          | <input type="checkbox"/> | _____ pro Tag |
| Sonstiges      |                          | _____         |
- 

• **Welche Genussmittel nehmen Sie zu sich und wie viel?**

- |            |                          |               |
|------------|--------------------------|---------------|
| Wein       | <input type="checkbox"/> | _____ pro Tag |
| Bier       | <input type="checkbox"/> | _____ pro Tag |
| Schnaps    | <input type="checkbox"/> | _____ pro Tag |
| Zigaretten | <input type="checkbox"/> | _____ pro Tag |
| Sonstiges  |                          | _____         |
- 

### III. Bewegungsverhalten /Freizeit

• **Treiben Sie regelmäßig Sport?**

Wenn ja, was? \_\_\_\_\_ wie oft/Woche? \_\_\_\_\_

• **Welche Sportarten können Sie sich vorstellen regelmäßig durchzuführen?**

---

---

• **Wie beurteilen Sie Ihre momentane Fitness?**

Sehr gut       gut       mittel       ungenügend

