



## ANAMNESEBOGEN

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

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Ärztliche Diagnosen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### MEDIKAMENTE

Morgens: \_\_\_\_\_

Mittags: \_\_\_\_\_

Abends: \_\_\_\_\_

### SOZIALE SITUATION

- verheiratet
- ledig
- in einer Partnerschaft
- geschieden
- verwitwet
- Kinder, wie viele \_\_\_\_\_ wie alt \_\_\_\_\_

### BERUFLICHE SITUATION

- ich bin berufstätig  
Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitszeit pro Woche: \_\_\_\_\_ Stunden
- Schichtarbeit/Nachtarbeit
- Ich bin in einer Ausbildung als \_\_\_\_\_
- Ich studiere \_\_\_\_\_
- Ich bin berentet
- Ich bin arbeitsunfähig
- Ich bin arbeitslos



WARUM KOMMEN SIE ZUR ERNÄHRUNGSBERATUNG?

- Gewichtsreduktion
- Gewichtszunahme
- Chronische Erkrankungen
- Lebensqualität erhöhen
- Wohlbefinden steigern
- Ernährungsumstellung
- Ärztliche Empfehlung
- Sonstiges \_\_\_\_\_

WAS SIND IHRE ERWARTUNGEN AN DIE BERATUNG?

---

---

---

---

---

WELCHE ERFOLGE VERSPRECHEN SIE SICH VON DER ERNÄHRUNGSBERATUNG / STOFFWECHSELANALYSE?

---

---

---

---

---

SONSTIGES:

---

---

---

---

---



**ERKRANKUNGEN (BITTE ERLÄUTERN)**

- Erhöhte Blutfettwerte \_\_\_\_\_
- Erhöhte Cholesterinwerte \_\_\_\_\_
- Erhöhte Triglyceridwerte \_\_\_\_\_
- Gicht \_\_\_\_\_
- Diabetes Typ 1 \_\_\_\_\_
- Diabetes Typ 2 \_\_\_\_\_
- erhöhter Blutdruck \_\_\_\_\_
- Schlafprobleme \_\_\_\_\_
- Herzerkrankungen \_\_\_\_\_
- Gefäßerkrankungen \_\_\_\_\_
- Lungenerkrankungen \_\_\_\_\_
- Wirbelsäulenerkrankungen \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenenerkrankungen \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankungen \_\_\_\_\_
- chronisch entzündliche Darmerkrankungen \_\_\_\_\_
- Bauchspeicheldrüsenenerkrankungen \_\_\_\_\_
- Lebererkrankungen \_\_\_\_\_
- Gelenkerkrankungen \_\_\_\_\_
- Autoimmunerkrankungen \_\_\_\_\_
- Krebserkrankungen \_\_\_\_\_
- Multiple Sklerose \_\_\_\_\_
- Osteoporose \_\_\_\_\_
- Gallensteine \_\_\_\_\_
- Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

**NOTIZEN:**

---

---

---

---

---



WELCHE ERKRANKUNGEN KOMMEN IN IHRER FAMILIE GEHÄUFT VOR?

---

AN WELCHEN ORGANEN WURDEN SIE BEREITS OPERIERT? (BITTE MIT ZEITANGABE):

---

### BESCHWERDEN

- Allgemeine Beschwerden
- Zurzeit habe ich keine Beschwerden
- Atemnot in Ruhe
- Atemnot unter Belastung (nach 1-2 Etagen)
- Atemnot unter Belastung (nach 2-3 Etagen)
- Schmerzen in der Brust
- Unregelmäßiger Herzschlag
- Schmerzen in den Beinen nach dem Gehen von < 200 m
- Schmerzen in den Beinen nach dem Gehen von < 500 m
- Sehstörungen
- Nächtliches Schnarchen
- Häufiges nächtliches Wasserlassen
- Häufiges Einschlafen am Tag
- Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Antriebslosigkeit
- Unruhe
- Verstärktes Schwitzen
- Sonstiges \_\_\_\_\_

NOTIZEN:

---

---

---

---

---



### SCHMERZEN

- Diffus/ nicht definierbar
- Häufige Kopfschmerzen
- Hände, Finger, Arme
- Muskelschmerzen
- Nervenschmerzen
- Lähmungserscheinungen
- Füße, Knie
- Halswirbelsäule
- Brustwirbelsäule
- Lendenwirbelsäule
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### NOTIZEN:

---

---

---

---

### PHYSIOLOGISCHE VERÄNDERUNGEN

- Vermehrte Hautverfärbungen
- Bildung von roten Dehnungsstreifen
- Häufige Pilzinfektionen
- Häufige Virusinfektionen
- Probleme mit der Wundheilung
- Krampfadern
- Haarausfall
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### ALLGEMEINES WOHLBEFINDEN

- Ich fühle mich in der körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt
- Ich fühle mich seelisch/psychisch beeinträchtigt
- Ich fühle mich in meiner sozialen/ökonomischen Situation eingeschränkt
- Ich isoliere/distanziere
- Ich bin in psychologischer/psychiatrischer Behandlung
- Ich war schon mal in einer psychologischen/psychiatrischen Behandlung
- Sonstiges \_\_\_\_\_



### GYNÄKOLOGISCHE/UROLOGISCHE INFORMATIONEN

- Sind Sie derzeit schwanger? Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_
- Alter der ersten Regelblutung \_\_\_\_\_ Jahre
- Ich habe während einer Schwangerschaft mehr als 15 kg zugenommen
- Ich habe nach der Entbindung wieder mein Ausgangsgewicht erreicht
- Ich litt während der Schwangerschaft unter Schwangerschaftsdiabetes
- Befinden Sie sich in der Menopause? Seit wann? \_\_\_\_\_
- Leiden Sie unter Libidoverlust?
- Leiden sie unter einer Vergrößerung der Prostata?
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### NOTIZEN:

---

---

---

---

### BEWEGUNGSVERHALTEN

- Ich treibe Sport  
Sportart: \_\_\_\_\_  
Häufigkeit pro Woche: \_\_\_\_\_
- Ich gehe zu Fuß
  - < 3000 Schritte am Tag
  - 3000 bis 6000 Schritte am Tag
  - > 6000 Schritte am Tag
- Ich gehe regelmäßig Freizeitaktivitäten nach  
Freizeitaktivität: \_\_\_\_\_

### TRINKVERHALTEN

- Insgesamt trinke ich \_\_\_\_\_ Liter am Tag.
- Ich trinke \_\_\_\_\_ Liter Wasser oder ungesüßten Tee am Tag.
- Ich trinke \_\_\_\_\_ Liter zuckerhaltige Softdrinks und Saft am Tag
- Ich trinke \_\_\_\_\_ Liter Light-Getränke am Tag
- Ich trinke \_\_\_\_\_ Tassen Kaffee am Tag
  - mit Milch
  - mit Zucker



**WIE HÄUFIG TRINKEN SIE ALKOHOL?**

- täglich
- 3-4mal pro Woche
- 1-2mal pro Woche
- 1-2mal pro Monat
- nie

Ich trinke bevorzugt folgende alkoholische Getränke: \_\_\_\_\_

**RAUCHERSTATUS**

- Ich rauche
- Ich bin seit \_\_\_\_\_ Jahren Raucher
- Ich rauche täglich \_\_\_\_\_ Zigaretten
- Ich bin Ex-Raucher seit \_\_\_\_\_

**NOTIZEN:**

---

---

---

---

---

**NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL**

Ich nehme Nahrungsergänzungsmittel ein: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NAHRUNGSMITTELUNVERTRÄGLICHKEITEN UND ALLERGIEN**

Ich habe folgende Allergien: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich habe folgende Nahrungsmittelunverträglichkeiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich habe gegen folgende Lebensmittel eine Abneigung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## KOSTFORM

Ich ernähre mich nach folgender Kostform:

- Mischkost
- vegetarische Kost
- vegane Kost
- sonstiges \_\_\_\_\_

## ERNÄHRUNGSVERHALTEN

Ich esse täglich \_\_\_\_\_ Mahlzeiten (inklusive Zwischenmahlzeiten)

- Ich esse regelmäßig
- Ich esse unregelmäßig. Warum? \_\_\_\_\_
- Ich esse schnell
- Ich esse langsam
- Wer bereitet Ihr Essen zu? \_\_\_\_\_
- Ich esse oft/regelmäßig außerhalb
- Wenn ja wo z.B. Kantine, Restaurants? \_\_\_\_\_
- Ich esse regelmäßig Fast Food
- Ich esse mit Ablenkung z.B. Zeitung, Fernseher, etc.
- Ich esse in Gesellschaft

## SÜSSIGKEITENKONSUM

- Ich konsumiere Süßigkeiten und Knabbereien
  - mehrmals am Tag
  - einmal am Tag
  - 2-3 mal pro Woche
  - einmal pro Woche
  - Seltener
  - Ich verzehre bevorzugt folgende Süßwaren und Knabbereien
- \_\_\_\_\_





### ERNÄHRUNGSPROBLEME

Ich leide unter folgenden ernährungsbezogenen Problemen:

- Verstopfungen
- Anzahl der Stuhlentleerungen pro Woche \_\_\_\_\_
- Durchfall
- Anzahl der Stuhlentleerungen am Tag \_\_\_\_\_
- Blähungen
- Appetitlosigkeit
- Sodbrennen
- Übelkeit
- Erbrechen
- Völlegefühl
- Kaustörungen
- Schluckstörungen
- Geschmacksveränderungen

### NOTIZEN:

---

---

---

---

---

DIE FOLGENDEN FRAGEN BITTE BEI BESTEHENDEM ÜBERGEWICHT BEANTWORTEN.

### ÜBERGEWICHT

Gewichtsverlauf im letzten Jahr \_\_\_\_\_

Niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Höchstes (Erwachsenen-) Gewicht \_\_\_\_\_ kg

- Übergewicht in der Kindheit
- Übergewicht in der Pubertät
- Übergewicht in der Schwangerschaft
- Übergewicht in/seid der Menopause



### KÖRPERSTELLEN AN DENEN SIE BESONDERS ZUGENOMMEN HABEN

- Bauch
- Brust
- Oberkörper
- Beine

### WAS SIND IHRE ZIELE?

- Ich möchte \_\_\_\_\_ kg abnehmen.
- Ich möchte dieses Ziel in folgendem Zeitraum erreichen \_\_\_\_\_

Durch welche Maßnahmen möchten sie die Gewichtsreduktion erreichen?

- Ernährungstherapie
- Verhaltenstherapie
- Bewegungstherapie
- Hypnose
- Medikamente
- Magenballon
- Operation

### WARUM MÖCHTEN SIE ABNEHMEN?

- Wohlbefinden steigern
- Risikofaktoren reduzieren
- Lebensqualität steigern
- Körperliche Beschwerden lindern
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### WARUM ESSEN SIE?

- um Hunger zu stillen
- aus Appetit
- Gelüste
- Langeweile
- Einsamkeit
- Trost
- Genuss
- Ablenkung von Problemen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_



Ich stehe nachts auf um mir etwas zum Essen zu holen

Haben Sie Ess-/Heißhungerattacken

Wenn Ja: Wann und Wie oft \_\_\_\_\_

#### WIE OFT KONTROLLIEREN SIE IHR GEWICHT

täglich

mehrfach am Tag

3-5 mal pro Woche

1-2 mal pro Woche

einmal im Monat

nie

#### ANZAHL DER DURCHFÜHRTEN DIÄTEN

noch nie

1-5 mal

6-9 mal

>10 mal

regelmäßig

ich halte ständig Diät

#### DURCHFÜHRTE MASSNAHMEN ZUR GEWICHTSREDUKTION + DAUER DER DIÄT

Low Carb Dauer: \_\_\_\_\_

Low Fat Dauer: \_\_\_\_\_

Trennkost Dauer: \_\_\_\_\_

Mahlzeitenersatz durch Shakes Dauer: \_\_\_\_\_

Produkt: \_\_\_\_\_

Ernährungsumstellung Dauer: \_\_\_\_\_

Weight Watchers Dauer: \_\_\_\_\_

Steigerung der Bewegung Dauer: \_\_\_\_\_

Reha-Maßnahmen mit stationärem Aufenthalt

Sonstiges \_\_\_\_\_



WELCHE MEDIKAMENTE HABEN SIE BEREITS ZUR GEWICHTSREDUKTION EINGESETZT?

- Xenical
- Reductil
- Metformin
- Acomplia
- Wellbutrin
- Naltrexin
- Tapamax
- L112
- Sonstige: \_\_\_\_\_

WELCHE CHIRURGISCHEN EINGRIFFE HABEN SIE BEREITS ERHALTEN ? + ZEITPUNKT DER OPERATION

- Magenballon Datum: \_\_\_\_\_
- Magenband Datum: \_\_\_\_\_
- Schlauchmagen Datum: \_\_\_\_\_
- Bypass Datum: \_\_\_\_\_
- Große Umstellungs-OP BDP Datum: \_\_\_\_\_

NOTIZEN:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---