

Anamnese (Ernährungsmedizin)

Standort: Berliner Tor Farmsen

Termin: _____

Liebe Patientin, lieber Patient!

Ernährungsberatung ist sehr individuell. Daher müssen wir vieles über Sie wissen, um Sie optimal beraten zu können. Sie helfen uns bei dieser Aufgabe, wenn Sie den folgenden Fragebogen ausfüllen. Vielen Dank!

Name: _____	Geburtsdatum: _____
Telefon: _____	Fax: _____
Handy: _____	E-Mail: _____
Hausarzt: _____	_____

Erkrankungen in der blutsverwandten Familie:

- Übergewicht
- Diabetes
- Bluthochdruck
- erhöhte Blutfette
- erhöhte Harnsäure/Gicht
- Gallen-, Nierensteine
- Nierenschwäche
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Krebs _____
- Osteoporose (Knochenerweichung, Knochenbrüchigkeit)
- Sonstiges _____

Eigene Erkrankungen:

- Diabetes
- Bluthochdruck
- erhöhte Blutfette
- erhöhte Harnsäure/Gicht
- Gallen-, Nierensteine
- Nierenschwäche
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Krebs _____
- Asthma
- Schlafapnoe Syndrom
- Leberverfettung
- Schilddrüsenfehlfunktionen
- Erkrankungen des Bewegungsapparates _____
- Osteoporose (Knochenerweichung, Knochenbrüchigkeit)
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten _____
- Allergie _____
- Magen-Darm-Erkrankung _____
- Sonstiges _____

Waren Sie schon einmal in psychologischer Mitbehandlung:

- nein ja, seit wann: _____



Eigene Medikamente:

Welche Vitamine oder Nahrungsergänzungen nehmen Sie ein?

Wann hatten Sie die letzte der folgenden Impfungen:

- Tetanus _____
- Diphtherie _____
- Pertussis (Keuchhusten) _____
- Grippe _____
- Pneumokokken _____

Letzte Darmspiegelung zur Krebsvorsorge ja nein Wenn „ja“, wann: _____

Rauchen Sie: ja nein

Alkohol: Bier Wein Sekt Spirituosen
 Cocktails Alkopops

Wie oft/pro Woche: _____

Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit?

Ihre Ziele/eigene Erwartungen an die Ernährungsberatung:

Sozial:

alleinlebend in Partnerschaft zu versorgende Personen

Beruf:

Treiben Sie Sport?

ja nein

Sportart: _____ wie häufig pro Woche? _____

Wie viele Minuten pro Mal? _____

Treten bei Bewegung Schmerzen/Atemnot auf? ja nein

Aktuelles Gewicht: _____ kg **aktuelle Größe:** _____ m



Nur bei Übergewicht: (bei anderen Beratungsgründen weiter bei dem Punkt Essgewohnheiten)

Höchstgewicht : _____ kg wann: _____

Wunschgewicht: _____ kg

Gewichtsverlauf im Laufe des Lebens?

Versuche abzunehmen: _____

Wie haben Sie versucht abzunehmen:

- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kohlsuppendiät | Ergebnis der Versuche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Weight Watchers | Ergebnis der Versuche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | Ergebnis der Versuche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Optifast /M.O.B.I.L.I.S. | Ergebnis der Versuche: _____ |
| <input type="checkbox"/> ärztliche Betreuung | Ergebnis der Versuche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung | Ergebnis der Versuche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | Ergebnis der Versuche: _____ |
| <input type="checkbox"/> stationäre Kuren | Ergebnis der Versuche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | Ergebnis der Versuche: _____ |

Ist bei Ihnen eine bariatrische OP (Magenverkleinerung) durchgeführt worden/abgelehnt worden/geplant oder von Ihnen nicht gewünscht?

Haben Sie Essanfälle?

- ja nein

wenn ja, wie häufig pro Woche: _____

Essgewohnheiten:

- regelmäßig
- unregelmäßig
- spezielle Ernährung/Lebensmittel _____

Wie sind Sie auf uns gekommen? _____

Überweisung durch : _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!