

## Anamnese • Ernährungsmedizin

### Liebe Patienten, 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: _____	Email: _____
Adresse (Straße, PLZ, Ort): _____	
Hausarzt (bitte mit Vorname und Ort): _____	
Krankenkasse: _____	
Termin bei (Frau/Herr): _____ am (Datum): _____	

### Erkrankungen der blutsverwandten Familie:

- Übergewicht
- Diabetes, Typ \_\_\_\_\_
- Bluthochdruck
- Erhöhte Blutfette
- Erhöhte Harnsäure / Gicht
- Gallen- / Nierensteine
- Nierenschwäche
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Krebs \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_
- 

### Eigene Erkrankungen:

- Übergewicht
- Diabetes, Typ \_\_\_\_\_
- Erhöhte Blutfette
- Erhöhte Harnsäure / Gicht
- Gallen- / Nierensteine
- Nierenschwäche
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Krebs \_\_\_\_\_
- Leberverfettung
- Schilddrüsenfunktionsstörung
- Osteoporose (Knochenerweichung, Knochenbrüchigkeit)
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten \_\_\_\_\_
- 
- 
- 
- Reizdarm
  - Morbus Crohn
  - Colitis Ulcerosa
  - Reizmagen
  - Divertikulitis
  - Andere \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Eigene Medikamente:

---



---

### Welche Vitamine oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

---

**Waren Sie schon einmal in psychologischer Behandlung?**  Nein  Ja, Zeitraum: \_\_\_\_\_

**Wohnsituation:**  mit Partner lebend  Kinder im Haus  allein stehend  bei den Eltern lebend

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  Ja  Nein

**Alkohol:**  Nein  Ja Wenn „Ja“: Wie viel und wie häufig? \_\_\_\_\_

**Treiben Sie Sport?**  Nein  Ja

Sportart: \_\_\_\_\_ Wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_

Wie viele Minuten pro Einheit? \_\_\_\_\_

**Treten bei Bewegung Atemnot / Schmerzen auf?**  Ja  Nein

**Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Ziele und Erwartungen haben Sie an die Ernährungsberatung?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aktuelles Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg **aktuelle Größe:** \_\_\_\_\_ cm

**Essgewohnheiten:**  regelmäßig  unregelmäßig  viele Zwischenmahlzeiten

**Spezielle Ernährungsform:**  keine  vegetarisch  vegan  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

### **Nur bei Übergewicht:**

**Höchstgewicht:** \_\_\_\_\_ kg wann: \_\_\_\_\_

**Wunschgewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Haben Sie bereits versucht abzunehmen?**  Nein  Ja

**Wie haben Sie versucht abzunehmen?**

- Weight Watchers (Abnahme: \_\_\_\_\_ kg)
- Optifast / M.O.B.I.L.I.S. (Abnahme: \_\_\_\_\_ kg)
- Ärztliche Betreuung (Abnahme: \_\_\_\_\_ kg)
- Medikamente (Abnahme: \_\_\_\_\_ kg)
- Stationäre Kuren (Abnahme: \_\_\_\_\_ kg)
- Ernährungsberatung (Abnahme: \_\_\_\_\_ kg)
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Bariatrische OP (Magenverkleinerung):**

Nein  gewünscht  geplant am: \_\_\_\_\_  durchgeführt am: \_\_\_\_\_

**Haben Sie**

Nein  Ja, wie oft pro Woche: \_\_\_\_\_

## **Nur bei Magen-Darm-Beschwerden:**

**Ich habe:**  Allgemeines Unwohlsein  Sodbrennen  Völlegefühl  Blähungen  
 Unterbauchschmerzen  Übelkeit  Durchfall  Erbrechen  
 Magenschmerzen./Oberbauchschmerzen

### **Die Beschwerden sind:**

- unabhängig von der Nahrungsaufnahme
- Immer wenn ich längere Zeit nüchtern bin
- während / kurz nach dem Essen
- längere Zeit nach Einnahme einer Mahlzeit (>1 Stundenachher)
- auch nachts

### **Die Beschwerden sind erstmalig aufgetreten:**

- nach einer Magen Darm Infektion
- nach einer / mehreren Antibiotika-Einnahmen
- nach einer Operation: \_\_\_\_\_
- nach Einnahme von Medikamenten: \_\_\_\_\_

**Die Beschwerden bestehen seit:** \_\_\_\_\_

### **Stuhlgang:**

Häufigkeit:  mehrmals täglich  täglich 1x  jeden 2.Tag  jeden 3. Tag.  auch nachts

Konsistenz:  Hart  Geformt  Breiig  Flüssig

Farbe:  Braun  Weiß /gelblich  Blutig  Schwarz

### **Diagnostische Maßnahmen:**

**Magenspiegelung:**  Nein  Ja, wann? \_\_\_\_\_

**Darmspiegelung:**  Nein  Ja, wann? \_\_\_\_\_

**Stuhluntersuchung (Darmflora-Analyse):**  Nein  Ja, wann? \_\_\_\_\_

**Test auf Nahrungsmittelallergien:**  Nein

Ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

### **Test auf Nahrungsmittelunverträglichkeiten:**

- Milchzucker (Laktose)
- Fruchtzucker (Fruktose)
- Sorbit
- Histamin

**Ich habe gegen meine Beschwerden bisher folgende Medikamente / Substanzen ausprobiert:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte dem medicum Hamburg, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich zum internen Gebrauch für meine Behandlung vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift