

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