



Eigen-Anamnese

Name:

Geburtstag:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich aus und schicken ihn mir vorab zu. Sehr hilfreich sind auch Blutbefunde und Arztberichte.

Was ist Ihre Motivation mich zu konsultieren?

.....
.....
.....
.....

Angaben zum Beschwerdebild/ Symptome

Welche Beschwerden bestehen?

Wie lange bestehen die Beschwerden schon?

Was verbessert/ verschlimmert die Beschwerden?.....

Wie stark werden sie durch die Beschwerden beeinträchtigt?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden? (Erkrankung, Kummer, Trauer, Schock, OP, Medikamente usw.)

Gibt es Allergien und/ oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Pollen, wann/ Tierhaare?.....

Nahrungsmittel?

Medikamente?.....

Nehmen / nahmen Sie Medikamente ein?

Dauer- Bedarfs- Notfall-Medikation:

.....
.....

Nahrungsergänzungsmittel

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie aktuell ein? (Welche, wie oft, wann?)

Vorgeschichte / Vorerkrankungen

Operationen:

Impfungen

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Wie z.B. Polio (Kinderlähmung), Corona-Impfung, Tetanus, Hepatitis, Masern-Mumps-Röteln usw.:

Gab es Reaktionen auf Impfungen, z.B. Fieber, Krämpfe, Verhaltensänderungen usw.?

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern Mumps Röteln Keuchhusten Ruhr Scharlach
- Windpocken Tetanus Malaria Pfeiffersches Drüsenfieber Herpes Syphilis

Schilddrüsendysfunktionen

Welche Art der Schilddrüsen Störungen wurde bei Ihnen diagnostiziert?

- Unterfunktion Überfunktion M. Hashimoto M. Basedow

Andere Störungen:

Mit welchem Körpergewicht fühlen Sie sich am wohlsten?kg oder Kleidergröße

Aktuelles Körpergewicht? kg

Taillenumfang cm Hüftumfang cm Halsumfang cm

Wie hoch ist Ihr Stresslevel im Moment (10 = sehr hoch, 1 = sehr niedrig)

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Was tun Sie um sich zu entspannen?

Wie ist Ihr Schlafverhalten?

Einschlafschwierigkeiten Schlaflosigkeit Häufiges Erwachen (Uhrzeit?

Unruhige Beine Zähneknirschen Nachtschweiß heiße Füße Sprechen im Schlaf

Wann gehen Sie ins Bett?..... Wann stehen Sie auf?

Wie fühlen Sie sich morgens beim Aufstehen?

.....

Ernährung

Halten Sie sich an eine bestimmte Ernährungsweise oder haben Sie in der Vergangenheit eine Diät probiert?

Ja Nein Mit welchem Erfolg?

Sind Sie der Meinung das eine typgerechte Ernährung für Ihre Ziele wichtig wäre? Ja Nein

Wenn nein, warum?

.....

Notieren Sie hier was Sie generell essen. (Bitte genau ausfüllen)

Frühstück:

.....

Vormittag:

Mittagessen:

Nachmittag:

Abendessen:

.....

Wie oft pro Woche nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich (inkl. Mittag- und Abendessen)?

Rotes Fleisch? (Steak, Hackfleisch, Rind, Kalb, Lamm, Schwein, Wurstprodukte)

Weißes Fleisch? (Geflügel: Huhn, Pute, Ente usw.)

Fisch? (aus der Dose, gekocht, geräuchert, roh, tief gefroren)

Was essen Sie gar nicht?

Fleisch Geflügel Fisch Eier Kuhmilchprodukte Sonstiges.....

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag? (Kaffee, Tee, Wasser, Milch, Fruchtsäfte, Mixgetränke)?

.....

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten oder haben Sie bestimmtes Verlangen

danach und wann?

Wann essen Sie? Hunger-gefühl Frust Stress-bewältigung Langeweile
 bestimmte Zeiten/Tagesplan Belohnung

Wie essen Sie? Bio Vegan Regional Saisonal Normal Sonstiges
.....

Wer unterstützt Sie bei Ihrem Essverhalten?

Partner Familie Freunde Arbeitskollegen Niemand

Gesundheitsfragen

Rauchen Sie? Wenn ja, wie lange und wieviele Zigaretten am Tag?

Haben Sie in der Vergangenheit geraucht? Ja Nein

Wenn ja, wie lange, wieviel?

Konsumieren Sie alkoholische Getränke? Was, wie oft und wann?

.....

Nahmen/ nehmen Sie Drogen?.....

Leiden Sie unter Verdauungsbeschwerden?

Blähungen Magendruck Völlegefühl Sodbrennen Hämorrhoiden

Appetitlosigkeit Pilzneigung Sonstiges

Stuhlgang?

täglich unregelmäßig/ jeden Tag 2.3.4 Tag Neigung zu Verstopfung

Neigung zum Durchfall normale Konsistenz Hart Weich Schmierig

Übelriechend Stuhl hell Stuhl dunkel wechselhaft Juckreiz am After

Diffuse häufig wechselnde Symptome:

Müdigkeit, Erschöpfung, Unlust am Leben Ja Nein

Depressive Stimmungslage bis hin zur Depression Ja Nein

Schlafstörungen und mangelnde nächtliche Regeneration Ja Nein

Diffuse körperliche Schmerzen, Gelenkschmerzen Ja Nein

Chronische Nebenhöhlen- und Halsbeschwerden Ja Nein

- Probleme mit Kurzzeitgedächtnis, Konzentration, Wortfindung Ja Nein
- Schwächegefühl, Kurzatmigkeit, schneller Puls Ja Nein
- generelles Kältegefühl und Nachtschweiß Ja Nein
- vermehrter Durst, aber auch vermehrte Urinausscheidung Ja Nein
- Husten, Kopfweg oder eingetrübte Sicht Ja Nein
- eigenartige neurologische Symptome wie Zittern, Vibrieren, Taubheit Ja Nein

Gynäkologie

- Ausfluss Eierstockentzündungen Ausschabungen Fehlgeburten Zysten
- Myome Tumore Sonstiges
- Schwangerschaften:.....
- Bestehen noch Regelblutungen? Ja Nein
- Wann war die erste Menses? Wann die letzte?
- Wie lange ist Ihr Monatszyklus? (28-30 Tage, länger oder kürzer).....
- Beschwerden – vor – nach – während der Regel, welche?
-
- Klimakterische Beschwerden, wenn ja welche?
-
- Verhütungsmittel, welche?
- Nehmen Sie Hormone ein?
- Pille Spirale Hormonersatztherapie Sonstige
- Wie lange schon? Wann war die letzte Einnahme Nehmen Sie die Pille durch?
-

Motivation

Wie hoch ist die Motivation das Ziel oder Ziele zu erreichen? (10 = sehr hoch, 1 = niedrig)

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sind Sie bereit Ernährungsgewohnheiten zu ändern? Ja Nein Vielleicht

Sind Sie bereit Lebensgewohnheiten zu ändern? Ja Nein Vielleicht

Sind Sie bereit regelmäßig Bewegung in der Natur in Ihr Leben einzubauen? Ja Nein Vielleicht

Wie lange denken Sie braucht es, um Ihre Ziele und Wünsche zu verbessern?

Woche Monate Jahre

Was denken Sie könnte Sie davon abhalten Ihre Ziele und Wünsche zu erreichen?

Zeit Engagement Geld Krankheit fehlende Hilfe Anderes

Was ist noch wichtig zu erwähnen?

.....
.....
.....