

## Anamnesebogen Ernährungsmedizin (Privatsprechstunde)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder? Anzahl? Alter? \_\_\_\_\_

Wegen welcher **Beschwerden** kommen Sie in die Sprechstunde?

**Seit wann** bestehen die Beschwerden? Wie oft? Wie lange?

Durch wen wurden die Beschwerden bisher behandelt (Arzt? Krankenhaus? Heilpraktiker? Sonstige?)

Welche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt?

Röntgen

CT / MRT

Ultraschall

Sonstiges  \_\_\_\_\_

Magen-/Darmspiegelung

Laboruntersuchungen

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig **Nahrungsergänzungsmittel** ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

**Vorerkrankungen:**

	Ja	Nein	
Bluthochdruck			
Herzinfarkt			
Schlaganfall			
Diabetes mellitus			
Fettstoffwechselerkrankungen			
Rheumatische Erkrankungen			
Magen-Darm-Erkrankungen			
Neurologische Erkrankungen			
Schilddrüsenerkrankungen			
Tumorerkrankungen			Wenn ja, welche und wann?
Allergien / Unverträglichkeiten:			Wenn ja, welche?
Sonstiges:			

Sind bei Ihnen schon **Operationen** durchgeführt worden? Wenn ja, welche?

**Lebensführung:**

	Ja	Nein	
Arbeiten Sie zu viel?			
Leiden Sie unter Stress?			
Treiben Sie regelmäßig Sport?			Wenn ja, welche Sportarten?
Alkohol?			Wenn ja, wieviel?
Rauchen Sie?			Wenn ja, wie viel? Seit wann?
Kaffee?			Wenn ja, wie viel?
Schlafen Sie gut?			Wie viele Stunden pro Nacht? Wenn nein, leiden Sie an  Einschlafstörungen? Durchschlafstörungen? Alpträumen?
Müdigkeit / Erschöpfung trotz ausreichend Schlaf?			

**Verdauung:**

Stuhlgang:

Wie oft? \_\_\_\_\_ mal pro Tag oder \_\_\_\_\_ mal pro Woche

Form des Stuhlganges:

weich und geformt / breiig / flüssig / hart / wechselhaft / sonstiges:

Leiden Sie an Blähungen?

Leiden Sie an Bauchschmerzen?

**Für Frauen:**

Gehen Sie regelmäßig zum Gynäkologen?

Wann zuletzt?

Ist der Zyklus regelmäßig?

Ist die Regelblutung sehr stark oder sehr schwach?

Nehmen Sie Hormonpräparate zur Verhütung oder wegen Wechseljahresbeschwerden?

**Für Männer:**

Gehen Sie regelmäßig zum Urologen?

Wann zuletzt?

## **Ernährung:**

Wie viel und was trinken Sie am Tag?

Wie viele Mahlzeiten essen Sie am Tag? Wann?

Sind Unverträglichkeiten bekannt? Wenn ja, welche?

Vorlieben?

Abneigungen?

Wie oft konsumieren Sie

Zucker:  
Weißmehlprodukte:  
Süßigkeiten:  
Fertiggerichte:  
Softdrinks:  
Säfte:  
Fleisch, Wurst:  
Fisch:  
Milchprodukte:  
Obst:  
Gemüse:  
Hülsenfrüchte:  
Getreide:  
Nüsse:  
Sonnenblumenöl:

---

Datum

Unterschrift Patient

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig **Nahrungsergänzungsmittel** ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

**Vorerkrankungen:**

	Ja	Nein	
Bluthochdruck			
Herzinfarkt			
Schlaganfall			
Diabetes mellitus			
Fettstoffwechselerkrankungen			
Rheumatische Erkrankungen			
Magen-Darm-Erkrankungen			
Neurologische Erkrankungen			
Schilddrüsenerkrankungen			
Tumorerkrankungen			Wenn ja, welche und wann?
Allergien / Unverträglichkeiten:			Wenn ja, welche?
Sonstiges:			

Sind bei Ihnen schon **Operationen** durchgeführt worden? Wenn ja, welche?

**Lebensführung:**

	Ja	Nein	
Arbeiten Sie zu viel?			
Leiden Sie unter Stress?			
Treiben Sie regelmäßig Sport?			Wenn ja, welche Sportarten?
Alkohol?			Wenn ja, wieviel?
Rauchen Sie?			Wenn ja, wie viel? Seit wann?
Kaffee?			Wenn ja, wie viel?
Schlafen Sie gut?			Wie viele Stunden pro Nacht? Wenn nein, leiden Sie an  Einschlafstörungen? Durchschlafstörungen? Alpträumen?
Müdigkeit / Erschöpfung trotz ausreichend Schlaf?			

**Verdauung:**

Stuhlgang:

Wie oft? \_\_\_\_\_ mal pro Tag oder \_\_\_\_\_ mal pro Woche

Form des Stuhlganges:

weich und geformt / breiig / flüssig / hart / wechselhaft / sonstiges:

Leiden Sie an Blähungen?

Leiden Sie an Bauchschmerzen?

**Für Frauen:**

Gehen Sie regelmäßig zum Gynäkologen?

Wann zuletzt?

Ist der Zyklus regelmäßig?

Ist die Regelblutung sehr stark oder sehr schwach?

Nehmen Sie Hormonpräparate zur Verhütung oder wegen Wechseljahresbeschwerden?

**Für Männer:**

Gehen Sie regelmäßig zum Urologen?

Wann zuletzt?

## **Ernährung:**

Wie viel und was trinken Sie am Tag?

Wie viele Mahlzeiten essen Sie am Tag? Wann?

Sind Unverträglichkeiten bekannt? Wenn ja, welche?

Vorlieben?

Abneigungen?

Wie oft konsumieren Sie

Zucker:  
Weißmehlprodukte:  
Süßigkeiten:  
Fertiggerichte:  
Softdrinks:  
Säfte:  
Fleisch, Wurst:  
Fisch:  
Milchprodukte:  
Obst:  
Gemüse:  
Hülsenfrüchte:  
Getreide:  
Nüsse:  
Sonnenblumenöl:

---

Datum

Unterschrift Patient