

## 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?<br>Seit wann?  |
| Kaffee?   |    |      | Wenn ja, wie viel?  |
| Schlafen Sie gut?                                 |    |      | Wie viele Stunden pro Nacht?<br>Wenn nein, leiden Sie an<br><br>Einschlafstörungen?<br>Durchschlafstörungen?<br>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?<br>Seit wann?  |
| Kaffee?   |    |      | Wenn ja, wie viel?  |
| Schlafen Sie gut?                                 |    |      | Wie viele Stunden pro Nacht?<br>Wenn nein, leiden Sie an<br><br>Einschlafstörungen?<br>Durchschlafstörungen?<br>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