

Liebe Patientin, lieber Patient,

schön, dass Sie den Weg zu mir gefunden haben – denn jede Veränderung beginnt mit einem ersten Schritt. Mit den nachfolgenden Fragen möchte ich mir einen Überblick über Ihre Vorgeschichte und Ihre persönlichen Ziele verschaffen.

Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst spontan und vollständig.

Bitte lassen Sie mir den ausgefüllten Anamnesebogen mindestens drei Tage **VOR** Ihrem Erstgespräch zu kommen. Sie können ihn über Doctolib verschlüsselt übermitteln oder persönlich in der Praxis abgeben.

1. Personenbezogene Angaben

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	
Straße: _____	Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____	Wohnort: _____
Telefonnummer: _____	Mobilnummer: _____
E-Mail-Adresse: _____	
Beruf: _____	Wochenarbeitszeit: _____
Kinder: _____	Alter: _____

2. Allgemeine zum Verhalten

		Ja	Nein
Rauchen Sie?	☐ nein ☐ nicht mehr ☐ gelegentlich ☐ täglich – wie viele Zigaretten: _____		
Trinken Sie Alkohol?	☐ nein ☐ selten ☐ ca. 2 x die Woche ☐ täglich		
Treiben Sie Sport?		☐	☐
Wenn ja: Welche Sportart und in welchem Umfang?	_____		

3. Medizinische Angaben

Leiden Sie unter einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen:

	Ja	Nein
- Herz-Kreislauferkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, koronare Herzerkrankung, Schlaganfall)	☐	☐
- erhöhte Blutzuckerwerte oder Diabetes mellitus,	☐	☐
- erhöhte Cholesterinwerte oder Blutfette,	☐	☐
- Schilddrüsenerkrankung (z.B. Unterfunktion, Hashimoto – Thyreoiditis),	☐	☐
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD)	☐	☐
- Luftnot in Ruhe oder bei körperlicher Anstrengung	☐	☐
- Nächtliches Schnarchen, Atempausen bis obstruktive Schlafapnoe,	☐	☐
- Einschlaf- oder Durchschlafprobleme	☐	☐
- Morgendliche Müdigkeit oder Tagesmüdigkeit	☐	☐
- Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	☐	☐
- Nierenerkrankung,	☐	☐
- Lebererkrankung,	☐	☐
- Darmerkrankung,	☐	☐
- Bauchspeicheldrüsenerkrankung (z.B. Entzündung),	☐	☐
- Erkrankung des Bewegungsapparates (z.B. Kniearthrose, Gelenkschmerzen, Muskelschwäche)	☐	☐
- Infektanfälligkeit (z.B. wiederkehrende Blasenentzündung oder Scheideninfektion),	☐	☐
- Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, Angststörungen)	☐	☐

4. Angaben zu ihrer Verdauung

	Ja	Nein
Wie oft haben Sie Stuhlgang- pro Tag: _____ pro Woche: _____		
Ist der Stuhl:		
☐ fest		
☐ breiig		
☐ flüssig		
☐ fettig		
Die Farbe ist:		
☐ braun		
☐ schwarz		
☐ hell		
☐ mit Blutauflagerungen		
Bauchschmerzen:		
☐ während des Essens		
☐ nach dem Essen		
Völlegefühl	☐	☐
Übelkeit/ Erbrechen	☐	☐
Sodbrennen	☐	☐

5. OPs und Medikamente

	Ja	Nein
Wurden Sie am Magen- Darmtrakt operiert?	☐	☐
Wann war die letzte Magen- und/oder Darmspiegelung?		
Mit welchem Ergebnis?		
.....		
.....		
Welche Medikamente und/oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein (auch Pille, Hormonersatztherapie, Schmerzmittel)?		
.....		
.....		

6. Familienanamnese

Erkrankungen in der Familie: (Eltern, Geschwister, Kinder)	☐ Bluthochdruck ☐ Diabetes mellitus ☐ Herzinfarkt/koronare Herzerkrankung ☐ Schlaganfall ☐ erhöhte Cholesterinwerte oder Blutfette ☐ Krebserkrankung ☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Übergewicht oder Adipositas
---	--

7. Zu Ihrer Ernährung

	Ja	Nein
Wie ernähren Sie sich derzeit?	☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ low fat ☐ low carb ☐ Sonstige	
Kommt es bei Ihnen zu emotional bedingtem Essverhalten?	☐	☐
Treten Essanfälle oder Heißhungerattacken auf?	☐	☐
Wenn ja, in welcher Situation?		
.....		
Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht gut vertragen oder Unverträglichkeiten?	☐	☐
.....		

8. Wie oft essen/trinken Sie folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	selten	mehrfach / Woche	täglich	mehrfach täglich
Milch	☐	☐	☐	☐	☐
Quark/Joghurt	☐	☐	☐	☐	☐
Käse	☐	☐	☐	☐	☐
Wurst	☐	☐	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐	☐	☐
Brot/Brötchen	☐	☐	☐	☐	☐
Müsli	☐	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐	☐
Fleisch	☐	☐	☐	☐	☐
Nudeln	☐	☐	☐	☐	☐
Reis	☐	☐	☐	☐	☐
Kartoffeln	☐	☐	☐	☐	☐
Gemüse	☐	☐	☐	☐	☐
Hülsenfrüchte	☐	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐	☐
Nüsse	☐	☐	☐	☐	☐
Kuchen/Kekse	☐	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten	☐	☐	☐	☐	☐
Chips	☐	☐	☐	☐	☐
Fastfood	☐	☐	☐	☐	☐
Fruchtsäfte	☐	☐	☐	☐	☐
Softdrinks	☐	☐	☐	☐	☐
Wasser	☐	☐	☐	☐	☐

9. Essen im Allgemeinen

Essen Sie:	☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐ zwischendurch
Kochen Sie selbst:	☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten
Essen Sie außer Haus:	☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten
Lieferdienst:	☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten
Welche Lebensmittel oder Speisen essen Sie besonders gerne?	

10. Beeinträchtigungen

In welchem Ausmaß beeinträchtigt Ihr Gewicht Ihr **körperliches** Wohlbefinden?

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

6 ☐

gar nicht

sehr stark

In welchem Ausmaß beeinträchtigt Ihr Gewicht Ihr **emotionales** Wohlbefinden?

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

6 ☐

gar nicht

sehr stark

11: Erwartungen

Was haben Sie bislang versucht, um Gewicht abzunehmen (Ernährungsumstellung, Sport, Diäten, Medikamente, Operationen, etc)?

Wie herausfordernd war es für Sie, das angestrebte Gewicht zu erreichen?

Und wie herausfordernd war es für Sie, das Gewicht dann zu halten?

Was erhoffen Sie sich von:

- dem ärztlichen Gespräch?

- der Therapie?

Was sind Ihre Ziele und/oder Erwartungen?

12. Für Frauen

	Ja	Nein
Besteht bei Ihnen aktuell eine Schwangerschaft?	☐	☐
Stillen Sie derzeit?	☐	☐
Ist eine Schwangerschaft geplant?	☐	☐
Wenn ja, ca. wann?		

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten