

# Anamnesebogen

Adresse physiologischer Ernährungscoach:

Vorname: .....

Nachname .....

Strasse, Hausnummer: .....

PLZ/Ort: ..... Familienstand: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

Geburtsdatum: ..... Blutgruppe: .....

E-Mail: .....

## Allgemeine Informationen

Wie haben Sie von mir/uns erfahren? .....

Waren Sie schon mal bei uns?  ja  nein

Haben Sie Trainingserfahrung?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

## Persönliche Wünsche und Ziele

Was ist Ihr Wunsch und Ziel an mich/uns?

Abnehmen  Figurverbesserung (wo.....)

Muskelaufbau  körperliche Fitness/Vitalität  Verbesserung der Gesundheit

Andere Wünsche: .....

## Angaben zum Beschwerdebild

Wie lange bestehen Ihre Beschwerden schon? .....

Was verschlimmert Ihre Beschwerden? (Bewegung, Ruhe usw.) .....

Was verbessert Ihre Beschwerden? (Bewegung, Ruhe usw.) .....

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

## Motivation

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

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten zu ändern?  Ja  Nein  Vielleicht

Sind Sie bereit Ihre Lebensgewohnheiten zu ändern?  Ja  Nein  Vielleicht

Sind Sie bereit regelmäßig Bewegung und Sport in Ihr Leben einzubauen?  Ja  Nein  Vielleicht

Hätten Sie mindestens 2x pro Woche Zeit etwas für Ihre Fitness zu tun?  ja  nein

Wenn Sie Ihre Ziele erreicht haben, würden Sie diese gern behalten?  ja  nein

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

Wochen.....  Monate.....  Jahre.....

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

Zeit  Engagement  Geld  Krankheit  fehlende Hilfe  Anderes .....

## Beruf

Welchen Beruf üben Sie momentan aus?.....

Mögen Sie ihre Arbeit und sind Sie dabei glücklich?  ja  nein  Schichtdienst (Wie).....

Wie lange sitzen Sie bei der Arbeit .....%?

Wie lange stehen Sie .....%?

Wie oft bewegen Sie sich bei der Arbeit .....%?

Wieviele Std. sind Sie bei der Arbeit .....

## Familiensituation

Beschreiben Sie Ihre Familiensituation? (Verheiratet, Single, Partnerschaft, Großeltern, Verwitwet, Kinder/Wieviele?, Glückliche Familienbeziehung usw.)

.....  
.....

## Stress- und Schlafverhalten

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?.....)

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

Wie fühlen Sie sich Morgens beim Aufstehen? .....

## Essverhalten

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

Haben Sie es schon einmal mit einer Diät probiert?  ja  nein

Mit welchem Erfolg?.....

Sind Sie der Meinung das eine typgerechte Ernährung für Ihre Ziele wichtig wäre?  ja  nein

Wenn ja, was wäre Ihnen wichtig? (Mehrfachauswahl möglich)  schnelles Abnehmen  langfristige Betreuung

Gesundheit  Entgiften/Fasten  Muskelaufbau  Sonstiges \_\_\_\_\_

Wenn nein, warum?.....

**Was Essen Sie aktuell den ganzen Tag und wie lange nehmen Sie sich dazu Zeit?** (Bitte genau ausfüllen)

(F= Frühstück, VM = Vormittags-Mahlzeit, M = Mittagessen, NM = Nachmittags-Mahlzeit, A = Abendessen)

F:.....

VM:.....

M:.....

NM:.....

A:.....

Nehmen Sie Mikrowellen-Essen zu sich?  Ja  Nein Wenn ja, wie oft? .....

Wie oft pro Woche nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich (inkl. Mittag- u. Abendessen)? (Bitte genau ausfüllen)

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.....

Leiden Sie an Allergien/Nahrungsmittelunverträglichkeiten? (Laktose, Fruktose, Gluten, Histamin, Pollen usw./wann)? (Bitte genau ausfüllen)

.....

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

.....

Verwenden oder nehmen Sie Zucker?  Ja  Nein Wenn ja, wieviel und wie oft? .....

Verwenden oder nehmen Sie Süßstoff?  Ja  Nein Wenn ja, wieviel und wie oft? .....

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten oder haben ein bestimmtes Verlangen danach und wann?

.....  
Wie essen Sie?  langsam  schnell  aufmerksam  nebenbei  große Portionen  kleine Portionen  
 häufig (mehr als 3x tgl.)  Kantine  unterwegs  häufig in Gesellschaft .....

Wann essen Sie?  Hungergefühl  Frust  Stressbewältigung  Langeweile  Belohnung

Was kaufen Sie?  Bio  Vegan  Regional  Saisonal  Normal  Sonstiges .....

Wer unterstützt Sie beim Ihrem Essverhalten?  Partner  Familie  Freunde  Arbeitskollegen  Niemand

## Gesundheitsfragen

Rauchen Sie?  Ja  Nein Wenn ja, wie lange und wieviel Zigaretten am Tag? .....

Haben Sie in der Vergangenheit geraucht?  Ja  Nein Wenn ja, wie lange, wieviele? .....

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

.....  
Nehmen Sie oder haben Sie früher Drogen konsumiert? Wenn ja, welche (z.B. Kokain, Ecstasy, Speed, Haschisch, Andere)

.....  
Leiden Sie häufig an Kopfschmerzen? Wenn ja, wie häufig und wo? (linksseitig/rechtsseitig/doppelseitig, Stirn, morgens/abends usw.)

.....  
Gibt es bei Ihnen Herz-Kreislaufbeschwerden? (Rhythmusstörungen, Blutdruck hoch/niedrig, Stechen in der Brust, Medikamente usw.)

.....  
Haben Sie häufig Störungen in den Atmungsorganen? (Schleimbildung, verstopfte Nase früh/abends, Husten, Asthma usw.)

.....  
Leiden Sie häufig an Erkältungskrankheiten? (Mandelentzündung, Bronchitis, Grippale Infekte usw.)

### Leiden Sie unter Verdauungsbeschwerden?

Blähungen  Magendruck  Völlegefühl  Sodbrennen  Hämorrhoiden  Appetitlosigkeit

Pilzneigung  Sonstiges .....

Stuhlgang?  täglich  unregelmäßig/jeden 2.3.4 Tag .....  Neigung zur Verstopfung  
 Neigung zum Durchfall  normale Konsistenz  Hart  Weich  Schmierig  
 Übelriechend  Stuhl hell  Stuhl dunkel  wechselhaft  Juckreiz am After

.....  
Leiden Sie häufig an Entzündungen im Urogenitalbereich? (Blasen-/Prostataentzündung, Nierenbecken usw.)

.....  
Wie ist Ihr Harndrang?  viel  wenig  farblos  Farbe .....  stark riechend

## Fragen zu SD

- Ist Ihnen ständig kalt? Frieren Sie schnell oder haben Sie sogar eine geringe Körpertemperatur?  Ja  Nein
- Ermüden Sie bei der kleinsten Anstrengung und fühlen Sie sich matt und erschöpft?  Ja  Nein
- Fällt es Ihnen schwer, sich über einen längeren Zeitraum auf eine Sache zu konzentrieren?  Ja  Nein
- Hat Ihr Gedächtnis in der letzten Zeit stark nachgelassen und sind Sie leicht vergesslich?  Ja  Nein
- Leiden Sie an Haarausfall?  Ja  Nein
- Sind Ihre Haare trocken, stumpf und brüchig und Ihre Haut rauh und schuppig?  Ja  Nein
- Ist Ihnen aufgefallen, dass Sie brüchige Fingernägel oder Rillen in den Fingernägeln haben?  Ja  Nein
- Haben Sie das Gefühl, „Watte im Kopf“ zu haben (Brainfog)?  Ja  Nein
- Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht zugelegt, obwohl Sie genauso viel essen und sich genauso viel bewegen wie vorher?  Ja  Nein
- Ist Ihr Darm träge und leiden Sie des Öfteren an Verstopfung?  Ja  Nein
- Ist Ihr Gesicht in letzter Zeit aufgedunsen und blass?  Ja  Nein
- Haben Sie ein komisches Gefühl beim Schlucken oder spüren Sie eine Enge im Hals?  Ja  Nein
- Wird Ihre Stimme zusehends rau und heiser, ohne dass Sie an einer Erkältung leiden?  Ja  Nein
- Spüren Sie nachts ein Kribbeln in den Fingern oder Zehen?  Ja  Nein
- Hat Ihre Libido abgenommen?  Ja  Nein
- Wurde bei Ihnen ein erhöhter Cholesterinspiegel festgestellt?  Ja  Nein
- Leiden Sie an zu niedrigem Blutdruck und einem zu niedrigen Pulsschlag?  Ja  Nein
- Haben Sie öfters Entzündungen, vor allem an den Extremitäten? Fühlen sich Ihre Gelenke steif an oder haben Sie das Karpaltunnelsyndrom?  Ja  Nein
- Wurde bei Ihnen Eisenmangel und/oder eine Anämie festgestellt?  Ja  Nein

## Fragen zu NN

- Werden Ihre Augenbrauen dünner?  Ja  Nein
- Haben Sie seitlich an den Augenbrauen bemerkt das Ihnen die Haare ausfallen?  Ja  Nein
- Sind Sie ständig nervös und leicht reizbar?  Ja  Nein
- Fühlen Sie sich zeitweise ängstlich und depressiv?  Ja  Nein
- Zittern Ihre Hände zeitweise?  Ja  Nein
- Fühlen Sie eine innere Unruhe?  Ja  Nein
- Fühlen Sie sich häufig krank, ähnlich einer Grippe, haben aber weder Fieber noch andere Symptome?  Ja  Nein
- Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?  Ja  Nein
- Haben Sie eine empfindliche Haut?  Ja  Nein
- Haben Sie Heißhungerattacken?  Ja  Nein
- Sind Sie häufig nach Kaffeekonsum schläfrig?  Ja  Nein
- Müssen Sie häufig Harn lassen?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Durchschlafstörungen?  Ja  Nein
- Verschlechtern sich in der letzten Zeit Ihre Allergiesymptome?  Ja  Nein
- Sind Sie infektanfällig?  Ja  Nein
- Spüren Sie häufiger Herzklopfen?  Ja  Nein
- Haben Sie das Gefühl, dass sich viele der hier aufgeführten Symptome nach 18 Uhr verbessern?  Ja  Nein

## Fragen zu HS

- Hat sich Ihre Libido vermindert?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Schmerzen in der Harnblase?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter einem Prämenstruellen Syndrom (PMS)?  Ja  Nein
- Haben Sie starke Monatsblutungen?  Ja  Nein
- Beobachten Sie häufig Schwellungen oder Wassereinlagerungen an den Extremitäten?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Bluthochdruck?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter starken Hitzewallungen?  Ja  Nein

## Schilddrüse

Welche Art der Schilddrüsen Störung wurde bei Ihnen diagnostiziert?

Unterfunktion  Überfunktion  M. Hashimoto  M. Basedow

Andere Störungen: .....

Welche Medikamente nehmen Sie für die Schilddrüsenstörung ein, wie lange und welche Menge?

.....

### Mundtemperatur:

Bitte wie folgt an 3 aufeinander folgenden Tagen Gmessen: nach dem Aufwachen, 4 Stunden nach einer Mahlzeit, direkt vor dem zu Bett gehen. Am besten mit einem Infrarotthermometer messen.


## Hormone/Zyklus

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? .....

## Schmerzsymptomatiken

Leiden Sie unter Schmerzen? Wenn ja, wo, wie häufig, wie fühlt sich der Schmerz an, was verschlimmert ihn?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Mögliche Hinweise auf...

### Fettleber

- Leiden Sie unter Antriebslosigkeit und Müdigkeit?  Ja  Nein
- Haben Sie häufig einen Punktschmerz zwischen den Schulterblättern  Ja  Nein
- Bekommen Sie schnelle blaue Flecken?  Ja  Nein
- Haben Sie eine Abneigung gegen fettiges Essen?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Haarausfall (v.a. schubweise)?  Ja  Nein
- Haben Sie starke Stimmungsschwankungen?  Ja  Nein
- Frieren Sie häufig und haben kalte Glieder?  Ja  Nein
- Haben Sie häufig Gelenk- oder Muskelschmerzen?  Ja  Nein
- Haben Sie häufig morgens einen unangenehmen Geschmack im Mund?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter chronischen Sehnenbeschwerden?  Ja  Nein

### Niedergradige Entzündungen

- Leiden Sie unter Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten  Ja  Nein
- Leiden Sie häufig an Entzündungen der Schleimhäute? (Magen, Darm, Nasennebenhöhlen, Mittelohr, Schleimbeutel)  Ja  Nein
- Leiden Sie an Asthma oder Bronchitis oder haben daran gelitten?  Ja  Nein
- Leiden Sie an Neurodermitis oder haben in der Vergangenheit daran gelitten?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Morbus Crohn?  Ja  Nein
- Sind Sie an Colitis ulcerosa erkrankt?  Ja  Nein
- Gehen Sie häufig ins Solarium?  Ja  Nein
- Leiden Sie an einem Diabetes Typ 1?  Ja  Nein
- Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt und zur Zahnpflege (min. 2x im Jahr)?  Ja  Nein
- Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung? \_\_\_\_\_

### Vitamin B Mangel

- Haben Sie Verdauungsprobleme?  Ja  Nein
- Haben Sie Gedächtnisstörungen?  Ja  Nein
- Haben Sie Probleme morgens in die Gänge zu kommen?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Konzentrationsproblemen?  Ja  Nein
- Haben Sie an Fersen oder Fingerspitzen Risse oder ist Ihre Haut dort trocken?  Ja  Nein
- Leiden Sie an kleinen Geschwüren innerhalb ihres Mundes oder Zahnfleischentzündungen?  Ja  Nein
- Leiden Sie an PMS?  Ja  Nein

### Vitamin D Mangel

- Haben Sie Pigmentstörungen? (Weiße Flecken, Muttermale oder Altersflecken)  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Schuppen oder trockener Kopfhaut?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Psoriasis?  Ja  Nein
- Haben Sie Ekzeme?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Osteoporose?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter einem Reizdarm-Syndrom?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter einem Metabolischen Syndrom?  Ja  Nein

**Welche Medikamente nehmen Sie ein, seit wann/auch in der Vergangenheit und wieviele?**

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen Achtung! Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen!

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

**Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel/Vitamine/Kräuter/Naturprodukte, welche, wie oft, seit wann?**

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

Gibt es Vorerkrankungen, OP's oder Verletzung? Wenn ja, Welche?

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

Welche Erkrankungen gibt es innerhalb Ihrer Familie?

.....  
.....

**Umfeld**

Besuchen Sie regelmäßig ihren Hausarzt zum Gesundheitscheck?  Ja  Nein Wenn ja, wie oft? .....

Name und Adresse ihres Hausarztes? (Für mögliche Rückfragen).....

.....

Wie sehen Sie sich selbst? Was mögen Sie an sich? (z.B. Religiös, Spirituell, Gefühlsmensch, Kopfmensch, Karrieremensch, zurückhaltend,

Selbstbewußt, Humorvoll, Steif, aggressiv, liebevoll, exzentrisch usw.) .....

.....  
.....

Wie würden Sie Ihre Kindheit beschreiben (z.B. Liebe Ihrer Eltern/Familie, besondere Erlebnisse usw.) .....

.....

Unterstützt Ihr soziales Umfeld Sie bei Ihrem Ziel oder Zielen?  ja  nein

Gibt es von Ihrerseite noch etwas, daß wichtig wäre für mich/uns zu wissen?

.....  
.....

**Vielen Dank das Sie sich Zeit genommen haben, um diesen Fragebogen genau und komplett auszufüllen!**