



Anamnesebogen

1. Persönliche Daten & Biografie

Name: Geburtsdatum:

Höchste/r Ausbildung/ Schul- oder Universitätsabschluss:

Aktuelle/r Beruf/ Tätigkeit: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation (1-10)?

Aktueller Beziehungsstatus (bitte zutreffendes umkreisen):
alleinstehend / in Partnerschaft / verheiratet / geschieden / verwitwet

Haben Sie Kinder? Ja / Nein Wenn ja- wie viele?

Wie zufrieden sind Sie aktuell mit Ihrer partnerschaftlichen/familiären Situation (1-10)?

Haben Sie Haustiere? Ja / Nein Wenn ja - welche?

Wie viele Menschen würden Sie zu Ihren Freunden zählen?

Wie gut ist Ihr Verhältnis/Kontakt zu Ihren Eltern (1-10)?

Haben Sie Geschwister? Ja / Nein Wenn ja - wie gut ist Ihr Verhältnis/Kontakt (1-10)?



Seit 1990

2. Krankheitsgeschichte

Wurden bei Ihnen bisher Erkrankungen diagnostiziert? Ja / Nein

Wenn ja-welche und wann?

Gab es in Ihrem Leben Operationen / Unfälle / Krankenhausaufenthalte?

Wenn ja-welche und wann?

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja / Nein

Wenn ja-welche und seit wann?

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen Auffälligkeiten (z.B. Mangelerscheinungen)?

Wenn ja-welche?

Haben Sie in den letzten Monaten /Jahren Antibiotika einnehmen müssen? Ja / Nein

Wenn Ja - warum und wie lange?

Sind Ihnen Vorerkrankungen in der Familie bekannt? Ja / Nein

Wenn ja - welche?



Seit 1990

3. Ernährung:

Größe:

Gewicht:

Ich bin zufrieden mit meinem Gewicht

Ich würde gern: abnehmen

zunehmen

Verzichten Sie auf bestimmte Lebensmittel? Ja / Nein

Wenn Ja - auf welche? Zucker/ Weizen / Fleisch / Fisch / Milchprodukte/ weitere

Haben Sie manchmal Heißhungerattacken oder Verlangen nach best. Lebensmitteln? Ja / Nein

Wenn Ja - nach welchen Lebensmitteln?

Haben Sie eine Unverträglichkeit bzw. Abneigung gegenüber best. Lebensmitteln? Ja / Nein

Wenn Ja - welche Lebensmittel sind das?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Ja / Nein

Wenn Ja - welche und in welcher Dosierung?

.....

.....

Wie viel Wasser trinken Sie täglich c.a. ?

.....

Was und wann essen Sie an einem typischen Tag? Schreiben Sie ein kleines Protokoll.

.....

.....

.....



Seit 1990

4. Genussmittel

Wie Kaffee trinken Sie? Gar keinen / nur gelegentlich / 1-2 Tassen pro Tag / mehr als 3 Tassen

Wie viel Alkohol trinken Sie ? Gar keinen/ nur gelegentlich/ 1-2 Mal pro Woche / täglich

Rauchen Sie? Ja / Nein Wenn Ja - seit Jahren | c.a. Zigaretten pro Tag

Wie hoch schätzen Sie Ihre tägliche Bildschirmzeit ein - beruflich und privat (Handy, TV, PC)?

c.a. Stunden

5. Stressbelastung

Fühlen Sie sich aktuell gestresst? Ja/ Nein Wenn Ja - seit wann?

Wo liegt aktuell ihr durchschnittliches Stresslevel (1-10)?

Was sind aktuell die größten Stressoren in Ihrem Leben?

.....

.....

.....

.....



Seit 1990

6. Schlaf

Schlafen Sie alleine / mit Partner / Kind(ern) / Haustier(en) im Zimmer / Bett?

Haben Sie feste Schlafens-/ Aufstehzeiten? Ja/ Nein Schlafenszeit Aufstehzeit

Wie gut/schnell können Sie abends einschlafen (1-10)?

Wie oft werden Sie nachts wach? Stehen Sie nachts auf (Toilette/trinken/ sonstiges)?

Wie gut können Sie danach wieder einschlafen (1-10)?

Wie erholt fühlen Sie sich morgens (1-10)? Wie häufig träumen Sie (1-10)?

Ist bei Ihnen nächtliches Zähne- Knirschen bekannt? Ja/ Nein

Machen Sie Mittagsschlaf? Ja/ Nein Wenn Ja - wie lange?

7. Ausgleich & körperliche Betätigung

Machen Sie Sport? Ja/ Nein Wenn Ja - welche Sportarten? Wie häufig? Mal pro Woche

Wie viel Bewegung haben Sie im Alltag (Spaziergänge, Beruf usw.)? viel / mittel / wenig

Haben Sie andere Hobbies / Leidenschaften, denen Sie in Ihrer Freizeit nachgehen? Ja/ Nein
Wenn Ja - welche?
.....



Seit 1990

8. Aktuelle Beschwerden (zutreffendes umkreisen)

Kopfschmerzen / Rückenschmerzen / Nackenverspannungen / Muskelschmerzen
Gelenkschmerzen / Knochenschmerzen / Muskelschwäche

Verdauungsprobleme / Verminderter Appetit / verstärkter Appetit / Blähungen /
Durchfall / Verstopfung / Sodbrennen / Übelkeit / Bauchschmerzen

Herzrasen / Herzstolpern / Herzschmerzen / Schwindel / Bluthochdruck / niedriger
Blutdruck

allg. Schwäche / Antriebslosigkeit / innere Unruhe / schlechte Merkfähigkeit /
Reizbarkeit / Stimmungsschwankungen / Konzentrationsstörungen / Depressionen
Minderwertigkeitsgefühle / Ängste / Überforderung

Atemnot / Reizhusten / Kloß im Hals / Reizblase / kalte Hände/Füße / häufiges
Frieren / vermehrtes Schwitzen

Allergien / Juckreiz / Haarausfall / Zungenbrennen / Hautkribbeln / eingerissene
Mundwinkel / Herpes / Sehstörungen / Hörstörungen / Tinnitus / häufige Infekte

andere Symptome:

.....

Gehen Ihre Beschwerden bei Ausbruch aus dem Alltag (z.B. Urlaub) zurück? Ja/ Nein



Seit 1990

9. Unsere Zusammenarbeit

Waren Sie mit Ihren Beschwerden bereits in Behandlung/ Therapie? Ja / Nein

Wenn Ja - mit welchen Verfahren/ Ansätzen?

Was sind Ihre Erwartungen/ Wünsche an die Behandlung? Was müsste passieren/sich ändern, damit sie am Ende sagen, wir waren erfolgreich?

Gibt es noch etwas, was Sie mir vorab mitteilen möchten?

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?
