

Patienten – Anamnesebogen

Name:	Vorname:		
Anschrift:	Telefonnr.:		
	Mobil:		
Geburtsdatum:	Alter:	Jahre	
Krankenkasse:	Größe:	Gewicht:	BMI:
Krankheit:	Behandelnder Arzt:		

Gewichtsentwicklung in dem letzten Jahr?

- gleichbleibend
 hat sich reduziert
 hat zugenommen

Familienstand:

- ledig
 verheiratet
 mit Partner lebend
 Kinder

Berufstätigkeit:

- Vollzeit
 Teilzeit
 Schichtarbeit
 überwiegend sitzend
 überwiegend stehend

Familiäre Vorerkrankungen:

- nein
 ja

Raucher/in:

Werden Medikamente eingenommen?

- nein
 ja, welche?

Sportliche Aktivität pro Woche (mind. 30 Minuten)?

- 0
 1 – 2 mal
 2 – 3 mal
 > 3 mal

Sportart: _____

Befinden Sie sich in ...?

- einer Schwangerschaft
 der Stillzeit
 in der Menopause

Hatten Sie schon eine Ernährungsberatung oder –therapie?

- nein
 ja

Zeitraum: _____

Haben Sie Kocherfahrungen, bereiten Sie Ihre Gerichte selber zu?

- nein
 ja

- Angaben zu vorliegenden Erkrankungen -

Liegen erhöhte Blutfettwerte vor?

nein ja, welche: _____

Medikamente: _____

Liegt ein Bluthochdruck vor?

nein ja, seit _____ Jahren

Medikamente: _____

Liegen Herzerkrankungen vor?

nein ja, welche: _____

Medikamente: _____

Hatten Sie einen Schlaganfall?

nein ja

Haben Sie einen Diabetes?

nein Typ I Typ II

Medikamente / Insulin: _____

Haben Sie erhöhte Harnsäurewerte / Gicht?

nein ja

Medikamente: _____

Leiden Sie unter Verdauungsproblemen?

nein ja, welche: _____

Medikamente: _____

Liegen Nierenerkrankungen vor?

nein ja, welche: _____

Medikamente: _____

Leiden Sie unter Osteoporose?

nein ja

Medikamente: _____

Leiden Sie unter Rheuma?

nein ja

Medikamente: _____

Leiden Sie unter einer Schilddrüsenerkrankung?

nein ja

Sonstiges: _____

Ernährungsanamnese

Wie viele Mahlzeiten werden pro Tag aufgenommen?

- 2 3 4 5 > 5

Wird gefrühstückt?

- nein ja

Grund: _____

Wie viele warme Mahlzeiten werden gegessen?

- 2 3 > 4

Wann? _____

Gibt es Lebensmittelallergien oder -unverträglichkeiten?

- nein ja

Welche? _____

Gibt es Lebensmittelaversionen?

- nein ja

Welche? _____

Lieblingsspeisen, -gerichte oder Vorlieben?

Ernähren Sie sich nach einer bestimmten Ernährungsform (z.B. vegetarisch, aus religiösen Gründen)?

- nein ja ja, gelegentlich

Ernährung ohne: _____

Haben Sie bisher Diäten durchgeführt?

- nein ja

Welche? _____

Werden die Speisen selber zubereitet?

- nein ja ja, gelegentlich

Wie viel wird über den Tag getrunken?

- < 1 Liter 1- 1,5 Liter 1,5 – 2 Liter > 2 Liter

Was für Getränke werden getrunken?

Trinken Sie alkoholische Getränke?

- nein ja ja, gelegentlich

Welche? _____

Werden Supplemente eingenommen?

- nein ja ja, gelegentlich

Welche? _____