



## Anamneseblatt

Termin am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung  
ambulant / privat: \_\_\_\_\_

### LIFESTYLE

\_\_\_\_\_ Größe                      \_\_\_\_\_ Bauchumfang  
\_\_\_\_\_ Gewicht                      \_\_\_\_\_ Hüftumfang

### IMMUNSYSTEM

Vegetarier	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	häufige Infekte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Veganer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	chronische Infektionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Flexitarier	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herpes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ausdauersport	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wundheilungsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Amateursport	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Autoimmunerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Suchtmittel     Alkohol     Nikotin     Kaffee     Schlafmittel     andere Substanzen

### STOFFWECHSEL

Arteriosklerose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Low HDL	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hyperurikämie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Operationen, welche Untersuchungen/Jahr (z.B. Darmspiegelung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Adipositas / Übergewicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____		
Diabetes mellitus I	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____		
Diabetes mellitus II	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____		
Hypercholesterinämie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Hypertriglyceridämie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			



## KARDIALE RISIKOFAKTOREN

Blutfette erhöht  ja  nein  
Blutzucker erhöht  ja  nein

## BLUTDRUCK

hoch  ja  nein  
niedrig  ja  nein  
normal  ja  nein  
unbekannt  ja  nein

## DARM

Bauchschmerzen  ja  nein  
Reizdarm  ja  nein  
Stuhlgang regelmäßig  ja  nein  
Verstopfung (Obstipation)  ja  nein  
Durchfall (Diarrhoe)  ja  nein  
Blähungen /Meteorismus  ja  nein

Andere Erkrankungen / Diagnosen:

---

---

Allergien:

---

---

## HORMONELLE DYSBALANZEN

schmerzhafte Periode  ja  nein  
Zyklusstörungen, welche  ja  nein

---

Hitzewallungen  ja  nein  
Ödeme  ja  nein  
Nachtsicht  ja  nein  
guter Schlaf  ja  nein  
Migräne  ja  nein  
Trockene Haut  ja  nein  
Haarausfall  ja  nein  
brüchige Fingernägel  ja  nein  
Akne  ja  nein  
Schilddrüsenüberfunktion  ja  nein  
Schilddrüsenunterfunktion  ja  nein  
guter Schlaf: Durchschlafen  ja  nein  
frühzeitiges Erwachen  ja  nein

## INTOLERANZEN

Fruktose  ja  nein  
Laktose  ja  nein  
Gluten  ja  nein  
Milch  ja  nein  
Histamin  ja  nein  
Sorbit  ja  nein



Familienanamnese (Schwere Krankheiten Verwandte 1. Grades - Eltern):

---

---

Einnahme von Medikamenten (Dauer- Bedarfsmedikation und Hormone – Pille wie lange genommen?):

---

---

---

---

Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln:

---

---

Erwünschte Beilagen:

- Medikamentenliste
- Liste der Nahrungsergänzungen
- Letzter ausführlicher Befund (Labor, Arztbericht usw.)