



Anamnesebogen - Fragen zu Prävention und Gesundheit

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Sollten Sie eine Frage nicht verstehen, beantworten Sie diese bitte nach bestem Wissen und wir besprechen sie in unserem Termin.

Name:

Datum:

1 Wie groß ist Ihr Bauchumfang? (Bitte über Bauchnabel messen.)

Frau: weniger als 80 cm

Mann: weniger als 94 cm

mein Umfang beträgt: _____cm

Ihr Gewicht: kg

2 Wie würden Sie pauschal Ihre Ernährung einstufen?

Betont gesund (mediterran, vegetarisch, low-carb)

Gut bürgerlich

Fast Food (Imbiss, Fertiggerichte im Supermarkt...)

3 Wie viele Portionen Obst verzehren Sie täglich?

(Eine Portion entspricht einer Hand voll)

5 Portionen und mehr

3 bis 4 Portionen

0 bis 2 Portionen

4 Wie viele Portionen Gemüse verzehren Sie täglich?

(Eine Portion entspricht einer Hand voll)

5 Portionen und mehr

3 bis 4 Portionen

0 bis 2 Portionen

5 Nehmen Sie Vitamine, Mineralstoffe als Supplement ein?

Ja, regelmäßig und ausreichend

Ja, unregelmäßig bzw. in niedriger Dosis

Nein, keine Supplementation

Wenn ja, welche?

- 6 Verzehren Sie Fleisch?
- Nein, ich bin Vegetarier, Veganer
- Weidefleisch aus biologischer Züchtung, Wildfleisch
- Schwein, Rind, Geflügel u.a. verpackt aus dem Discounter
- 7 Wie viele Portionen Fisch essen Sie pro Woche?
- Regelmäßig 2 - 3 Portionen pro Woche
- Regelmäßig 1 Portion pro Woche
- Kein regelmäßiger Fischverzehr
- 8 Nehmen Sie Fisch-Öl/Algen-Öl als Nahrungsergänzung ein?
- Ja, regelmäßig (etwa 2 g/Tag)
- Ja, unregelmäßig bzw. in niedriger Dosis
- Nein, keine Supplementation mit Omega-3-Fettsäuren
- 9 Welche Öle und Fette nutzen Sie täglich in der Küche?
- Einen Mix aus Olivenöl, Butter (Weidehaltung), Kokosöl sowie Sesamöl (zum Braten) und Leinöl (für die kalte Küche)
- Manchmal Olivenöl, Kokosöl, Sonnenblumenöl und andere
- Ich nutze Margarine, Sonnenblumenöl, herkömmliche Bratfette, Schmalz und manchmal Olivenöl zum Kochen
- 10 Wie häufig pro Woche halten Sie sich tagsüber im Freien auf (Beine und Arme nicht bedeckt)?
- Mindestens 3x
- 1x bis 2x
- Kein regelmäßiger Aufenthalt im Freien, in der Sonne
- 11 Nehmen Sie Vitamin D als Nahrungsergänzung ein?
- Ja, regelmäßig
- Ja, unregelmäßig bzw. in niedriger Dosis (< 1000 I.E./Tag)
- Nein, keine Supplementation von Vitamin D
- 12 Wie viel Wasser (auch Tee und Kaffee) trinken Sie täglich?
- 1,5 bis 2 Liter
- Weiß ich nicht genau. Vermutlich zu wenig
- Wenig Wasser. Lieber Softdrinks, Säfte, oder Milchshakes
- 13 Wie viel Alkohol trinken Sie im Durchschnitt täglich?
- 0 bis 1 Standardglas pro Tag
- 3 Standardgläser pro Tag
- Mehr als 3 Standardgläser pro Tag

Wenn ja Tropfen oder Tabletten?

(entspricht in etwa: 100 ml Sekt/Wein; 250 ml Bier; 40 ml Schnaps;
80 ml Likör)

- 14 Wie viel körperliche Aktivität üben Sie im Durchschnitt aus?
150 Minuten Ausdauertraining pro Woche plus 2x in der Woche ein Muskeltraining
1-2 x Minuten körperliches Training insgesamt in der Woche (in Kombination), oder spazierengehen.
60 Minuten oder weniger.
- 15 Enthält Ihre Aktivität Ausdauer-, Beweglichkeit-, Kraft- und Koordinationstraining?
Regelmäßig alle vier Trainingsarten
Nur gelegentlich oder nie alle vier Trainingsarten
- 16 Rauchen Sie Zigaretten, Zigarren, Pfeife oder Ähnliches?
Ich bin Nichtraucher (seit mehr als 12 Jahren)
Ich rauche gelegentlich (< 2-4 Zigaretten pro Tag)
Ich rauche stark
- 17 Wie viele verschiedene Medikamente nehmen Sie pro Tag?
eine
Bis zu 2 verschiedene Medikamente
3 oder mehr verschiedene Medikamente
- 18 Wie regelmäßig leiden Sie an Infekten oder Allergien?
Höchstens 1x im Jahr
Höchstens 6x im Jahr (durchschn. ca. alle 2 Monate)
Mehr als 7x im Jahr (häufiger als alle 2 Monate)
- 19 Haben Sie einen geregelten Tagesablauf/Arbeitsrhythmus?
Ja, regelmäßig an allen Tagen der Woche
Ja, an den meisten Tagen der Woche
Nein, ich mache Schichtarbeit
- 20 Arbeiten Sie in einem erfüllenden Beruf?
Ja, ich arbeite in meinem Traumberuf
Ja, grundsätzlich bin ich zufrieden, aber die Umgebungsbedingungen sind wenig optimal
Nein, ich würde gerne etwas völlig Anderes machen
- 21 Schlafen Sie problemlos ein und erwachen morgens erholt?
Ja, regelmäßig
Gelegentlich nicht

Wenn ja, für welche Beschwerden?

Selten oder nie

22 Wie würden Sie selbst Ihre Kindheit beschreiben?

Glücklich

Teilweise belastet

Sehr belastet

23 Leben Sie heute in einem erfüllten sozialen Umfeld?

ja, glücklich

Teilweise belastet

Sehr belastet

24 Wie häufig fühlen Sie sich gestresst?

Selten

Gelegentlich

Regelmäßig

Was belastet Sie?

25 Betreiben Sie Mentaltraining (Meditation, QiGong, Yoga...)?

Ja, täglich

Gelegentlich pro Woche

Nein, nie

26 Haben Sie aktuell eine oder mehrere chronischen Erkrankungen:

Nein

Nein, aber ich habe ein Risiko

Ja

Wenn ja/Risiko, woran leiden Sie?
Bluthochdruck, Übergewicht, Fettleber,
Arteriosklerose, Diabetes, Osteoporose,
Arthrose, Rheuma, Krebs oder
Autoimmunerkrankungen?

27 **Was erwarten Sie von meiner Beratung? Was ist Ihr Ziel?**

Weitere Fragen und Themen, die Sie gerne ansprechen möchten: