

# Anamnesebogen - Angaben zu Person und beruflicher Tätigkeit

Datum: \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

## 1. Angaben zur Person

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

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Geschlecht:  weiblich  männlich

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel. (privat/ mobil): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Kulturelle Einflüsse bei Ernährung?:  ja  nein

Versicherten-Nummer: \_\_\_\_\_

Körpergröße (in cm): \_\_\_\_\_ Körpergewicht (in kg): \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet

Kinder:  ja  nein Anzahl: \_\_\_\_\_

‡ Sind Sie schwanger?  ja  nein

‡ Stillen Sie derzeit?  ja  nein

Haben Sie je geraucht?  ja  nein

Rauchen Sie derzeit?  Stk.\_\_\_\_\_/ Tag  nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  ja  nein

Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_ x/ Woche

## 2. Angaben zur beruflichen Tätigkeit

Erlerner Beruf bzw. Ausübung welcher Tätigkeit derzeit? \_\_\_\_\_

Sind Sie berufstätig?  ja  nein

Schichtarbeit?  ja  nein

Sitzende/ leichte Tätigkeit?  ja  nein

Stehende Tätigkeit?  ja  nein

Schwere körperliche Tätigkeit?  ja  nein

Arbeitszeit pro Tag (in h) \_\_\_\_\_

# Anamnesebogen - Angaben zu Lebensstil und Medikamenten

## 3. Angaben zur körperlichen Tätigkeit

Treiben Sie Sport?  ja  nein

Wie oft?  1-2 x  3-4 x  5-6 x

Sportarten: \_\_\_\_\_

Notizen: \_\_\_\_\_

## 4. Angaben zur Lebensqualität

sehr gut

gut

eingeschränkt

stark eingeschränkt

Notizen: \_\_\_\_\_

## 5. Angaben zu den Essgewohnheiten

Essen Sie regelmäßig?

ja  nein

Wie viele Mahlzeiten/ Tag?

1-2 x  3-4 x  5-6 x

Essen Sie häufig außer Haus?

ja  nein

Kochen Sie öfters selbst?

ja  nein

Essen in der Kantine: \_\_\_ x/ Woche. Essen im Schnellimbiss: \_\_\_ x/ Woche. Essen im Auto: \_\_\_ x/ Woche

Essen mit dem Partner oder mit der Familie: \_\_\_ x/ Woche. Essen allein: \_\_\_ x/ Woche

Notizen: \_\_\_\_\_

## 6. Angaben zur Einnahme von Medikamenten

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Notizen: \_\_\_\_\_

# Anamnesebogen - Angabe zu Erkrankungen

## 6. Angaben zu Erkrankungen

Untergewicht  nein  ja, in der Familie  ja, bei mir seit \_\_\_\_\_

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

Übergewicht/ Adipositas  nein  ja, in der Familie  ja, bei mir seit \_\_\_\_\_

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus  nein  ja, in der Familie  ja, bei mir seit \_\_\_\_\_

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

Erhöhte Blutfettwerte  nein  ja, in der Familie  ja, bei mir seit \_\_\_\_\_

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

Herzinfarkt/ Schlaganfall  nein  ja, in der Familie  ja, bei mir seit \_\_\_\_\_

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

Erkrankungen Leber/ Galle  nein  ja, in der Familie  ja, bei mir seit \_\_\_\_\_

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

Erkrankungen Pankreas  nein  ja, in der Familie  ja, bei mir seit \_\_\_\_\_

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

Erhöhter Blutdruck  nein  ja, in der Familie  ja, bei mir seit \_\_\_\_\_

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

Knochenschwund  nein  ja, in der Familie  ja, bei mir seit \_\_\_\_\_

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

# Anamnesebogen - Angabe zu Erkrankungen

## 6. Angaben zu Erkrankungen (Fortsetzung)

Rheumatische Erkrankungen  nein  ja, in der Familie  ja, bei mir seit \_\_\_\_\_

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

Hyperurikämie und Gicht  nein  ja, in der Familie  ja, bei mir seit \_\_\_\_\_

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

Krebserkrankungen  nein  ja, in der Familie  ja, bei mir seit \_\_\_\_\_

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

Rheumatische Erkrankungen  nein  ja, in der Familie  ja, bei mir seit \_\_\_\_\_

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

Hauterkrankungen  nein  ja, in der Familie  ja, bei mir seit \_\_\_\_\_

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

Nierenerkrankungen  nein  ja, in der Familie  ja, bei mir seit \_\_\_\_\_

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

Darmerkrankungen  nein  ja, in der Familie  ja, bei mir seit \_\_\_\_\_

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankungen  nein  ja, in der Familie  ja, bei mir seit \_\_\_\_\_

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_

Allergien/ Unverträglichkeiten  nein  ja, in der Familie  ja, bei mir seit \_\_\_\_\_

Genauere Angaben: \_\_\_\_\_