## **Allgemeine Anamnese**

Patient:

Name: ………………………………………………………………………………

Geburtsdatum: …………………………

Alter…………………………Jahre Größe………………………………m Gewicht………………………………kg

BMI………………….………kg/m2

## Familienstand

[ ]  ledig [ ]  verheiratet [ ]  mit Partner lebend [ ]  geschieden [ ]  verwitwet

Anzahl Kinder: ………………………….

Wie viele Personen werden in Ihrem Haushalt mitversorgt?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Aktuelle Berufstätigkeit …………………………………………………………………………………………………………..

[ ]  Vollzeit [ ]  Teilzeit [ ]  arbeitssuchend [ ]  Hausfrau/ Hausmann

[ ]  Rentner [ ]  Schüler/ Student

## Laborparameter (falls vorliegend)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| BZ (mg/dl) | Gesamt-Cholesterin (mg/dl) | HDL (mg/dl) | LDL (mg/dl) | Harnsäure (mg/dl) | Blutdruck (mm HG) |
| Nüchtern: 80-120Postprandial <140 | ≤ 200 | ≥ 35 (m.)≥ 45 (w.) | ≤ 130 | ≥ 6,5 (m.)≥ 5,5 (w.) | 80-120 |
|  |  |  |  |  |  |

## Vor- bzw. Begleiterkrankungen

[ ]  Adipositas/ Übergewicht

[ ]  Diabetes mellitus Typ I Seit (Jahr):\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Diabetes mellitus Typ II Seit (Jahr):\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Bluthochdruck [ ]  erhöhte Blutfettwerte

[ ]  Atemaussetzer während des Schlafens, falls ja, tragen Sie nachts eine Maske: Ja/ Nein

[ ]  Asthma [ ]  Schilddrüsenunterfunktion

[ ]  Sodbrennen/ Reflux [ ]  Gicht

[ ]  Herzmuskelschwäche (Herzinsuffizienz) [ ]  Niereninsuffizienz

[ ]  Arthrose, wenn ja, wo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Rückenschmerzen, wenn ja, wo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Lymphödem [ ]  Lipödem

[ ]  Depressionen [ ]  Angststörungen

[ ]  Schizophrenie [ ]  Herzinfarkt/ Schlaganfall

[ ]  Essstörung, wenn ja welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Divertikulose [ ]  Obstipation [ ] Osteoporose

[ ]  Erkrankungen des GIT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Allergien: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Nahrungsunverträglichkeiten: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Medikamenteneinnahme

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nahrungsergänzungsmittel:………………………………………………………………………………………………………………..

## Essverhalten

Verzicht auf: [ ]  Fleisch/ Wurst [ ]  Fisch [ ]  Ei [ ]  Milch [ ]  Milchprodukte

 [ ]  sonstiges:…………………………………………………………………………………………………………….

Süßgetränke: ……………….. l/d Zucker/ Milch in Tee/ Kaffe? [ ]  Ja [ ]  Nein

Trinkmenge:…………………………….l/d Was?..............................

Zubereitung:

***Frühstück*** [ ]  Eigenständig [ ]  Familie [ ]  Kantine [ ]  Fertiggerichte

***Mittag***  [ ]  Eigenständig [ ]  Familie [ ]  Kantine [ ]  Fertiggerichte

***Abendessen*** [ ]  Eigenständig [ ]  Familie [ ]  Kantine [ ]  Fertiggerichte

***Zwi. MZ*** [ ]  Eigenständig [ ]  Familie [ ]  Kantine [ ]  Fertiggerichte

## Sport

Arbeitsweg:………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Sportliche Betätigung: ……………………..h/Woche

 ……………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………..