## **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: 80-120  Postprandial <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

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

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

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