



---

Anamnese

# Konstitutions- und Störungsanalyse

## PERSÖNLICHE ANGABEN

NAME

---

ANSCHRIFT

---

EMAIL

---

TELEFON

---

GEBURTSDATUM

---

FAMILIENSTAND

---

KINDER

---

BERUF

---

GRÖSSE (CM)

---

GEWICHT (KG)

---

## AKTUELLE BESCHWERDEN

WELCHE BESCHWERDEN HAST DU AKTUELL?

---

---

WO GENAU TRETEN DIE BESCHWERDEN AUF?

---

---

WANN TRETEN DIE BESCHWERDEN AUF?

---

---

---

WIE FÜHLEN SICH DIE BESCHWERDEN AN?

---

---

## AKTUELLE BESCHWERDEN

WAS HAST DU GGF. SCHON DAGEGEN UNTERNOMMEN?

---

---

NIMMST DU AKTUELL MEDIKAMENTE? WENN JA, WELCHE?

---

---

WELCHE MEDIKAMENTE HAST DU FRÜHER GENOMMEN?

---

---

WAS HILFT GEGEN DIE BESCHWERDEN, WAS VERSCHLIMMERT SIE?

---

---

GIBT ES VERGANGENE ERKRANKUNGEN?

---

---

HATTEST DU SCHON EINMAL EINEN UNFALL? (UNFÄLLE?)

---

---

---

WELCHE KRANKHEITEN GIBT ES / GAB ES IN DER FAMILIE?

---

---

# ERNÄHRUNG

WANN ISST DU FRÜHSTÜCK?

---

---

WAS ISST DU ZUM FRÜHSTÜCK?

---

---

WIE VIEL ISST DU ZUM FRÜHSTÜCK? (Z.B. 2 HÄNDE VOLL, 3 HÄNDE VOLL, ETC.)

---

---

WANN ISST DU ZU MITTAG?

---

---

WAS ISST DU ZUM MITTAG?

---

---

WIE VIEL ISST DU ZUM MITTAG?

---

---

---

WANN ISST DU ZU ABEND?

---

---

# ERNÄHRUNG

WAS ISST DU ZUM ABENDESSEN?

---

---

WIE VIEL ISST DU ZUM ABENDESSEN?

---

---

ISST DU ZWISCHENMAHLZEITEN? WENN JA, WAS UND WANN?

---

---

ISST DU NACH DEM ABENDESSEN NOCH ETWAS? WENN JA, WAS UND WANN?

---

---

WIE IST DEIN HUNGER, DEIN APPETIT?

---

---

WIE IST DEIN DURST?

---

---

---

WAS TRINKST DU UND WIEVIEL? (Z.B. KAFFEE, TEE, WASSER, ...)

---

---

# ERNÄHRUNG

HAST DU UNVERTRÄGLICHKEITEN, ALLERGIEN?

---

---

NIMMST DU NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL, KRÄUTER?

---

---

WIE IST DEINE ERNÄHRUNG ALLGEMEIN? (Z.B. VEGAN, "ALLESESSER", VEGETARISCH, INTERM. FASTEN, ...)

---

---

ISST DU, WEIL DU HUNGRIG BIST? ODER NUR, WEIL ES ZEIT ZUM ESSEN IST?

---

---

WAS VERBINDEST DU MIT ESSEN? (FREUDE, GENUSS, KONFLIKTE, ...)

---

---

TRINKST DU ALKOHOL? WENN JA, WANN, WIE OFT UND WIE VIEL?

---

---

ISST DU LIEBER WARM ODER KALT?

---

---

## ERNÄHRUNG

WIE FÜHLST DU DICH NACH DEM ESSEN? (LEICHT, ENERGIEVOLL, SCHWER, MÜDE, ...)

---

---

## VERDAUUNG UND STUHLGANG

WIE HÄUFIG UND WIE REGELMÄSSIG HAST DU STUHLGANG?

---

---

ZU WELCHER TAGESZEIT HAST DU STUHLGANG?

---

---

WIE SIND KONSISTENZ, FARBE UND GERUCH DEINES STUHLGANGS?

---

---

MUSST DU VIEL TOILETTENPAPIER BENUTZEN?

JA

NEIN

MUSST DU HÄUFIG DIE KLOBÜRSTE BENUTZEN?

JA

NEIN

HAST DU BESCHWERDEN BEIM STUHLGANG? WENN JA, WELCHE UND WIE OFT?

---

---

# SCHLAF

UM WIEVIEL UHR GEHST DU IN DER REGEL SCHLAFEN? UND WANN STEHST MORGENS AUF?

---

---

TRÄUMST DU NACHTS? WENN JA, VON WAS? (BEISPIELE)

---

---

SIND DEINE SCHLAFZEITEN REGELMÄSSIG?

JA  NEIN

HAST DU EINSCHLAFPROBLEME?

JA  NEIN

HAST DU DURCHSCHLAFPROBLEME?

JA  NEIN

WAS MACHST DU VOR DEM ZUBETT GEHEN? (HANDY, FERNSEHEN, LESEN, ...)

---

---

# ALLGEMEIN

WIE IST DEINE AKTUELLE KÖRPERLICHE VERFASSUNG? (FIT, MÜDE, GESTRESST, ENERGIEVOLL,...)

---

---

WAS SIND DEINE HOBBIES?

---

---



RAUCHST DU? WENN JA, WIE VIELE UND WANN AM TAG?

---

---

BIST DU NICHTRAUCHER? WENN JA, SEIT WANN?

---

---

HAST DU THEMEN ODER PROBLEME MIT:

DEM MAGEN UND/ODER DARM?

---

---

DEN HARNWEGEN UND/ODER DEN GESCHLECHTSORGANEN?

---

---

DEM BEWEGUNGSAPPARAT?

---

---

DEN NERVEN?

---

---

## HAST DU THEMEN ODER PROBLEME MIT:

DEM KOPF?

---

---

DEM HALS?

---

---

DER ATMUNG ODER DEM HERZ?

---

---

DEINER HAUT?

---

---