



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?
