Gültig seit: 01.07.2025 Verfasser: Philip, Ackermann Revisionsstufe: 1	**Naturheilpraxis Ackermann** **Anamnesebogen**	

Lieber Patient / Liebe Patientin,

um Sie individuell und ganzheitlich beraten zu können, ist eine umfassende Erfassung Ihrer gesundheitlichen Situation, Ihrer Ernährungsgewohnheiten sowie Ihres Lebensstils erforderlich. Bitte nehmen Sie sich die Zeit, den folgenden Anamnesebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Datum:

Persönliche Angaben

Name, Vorname:

Geburtsdatum, Alter:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Behandelnde Ärzte:

Krankenkasse (Privat oder Selbstzahler):

Größe: cm Gewicht: kg

Gewicht mit 20 Jahren: kg Gewichtsverlauf letzte 6 Monate: kg

Medizinische Diagnosen:

(Bitte bringen Sie zum nächsten Gespräch Befunde und Laborergebnisse mit)

Soziale Situation

Ich bin

- ☐ Verheiratet
- ☐ Ledig
- ☐ In einer Partnerschaft
- ☐ Geschieden
- ☐ Verwitwet

Haushalt

- ☐ Ich lebe im Haushalt meiner Eltern
- ☐ Ich habe Kinder Anzahl
- ☐ Kinder leben in meinem Haushalt
- ☐ Ich lebe alleine
- ☐ Ich lebe mit einem Partner zusammen

Berufliche Situation

☐ Ich bin berufstätig Beruf: _____

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Schichtdienst ☐ Nachtarbeit

☐ Ich bin in Ausbildung als _____

☐ Ich studiere _____

☐ Ich bin berentet, seit _____

☐ Ich bin arbeitsunfähig, seit _____

☐ Ich bin arbeitslos

Bewegungsprofil

Wie oft treiben Sie Sport?

☐ Nie ☐ 1-2 Mal pro Woche

☐ 3-4 Mal pro Woche ☐ Mehr als 4 Mal pro Woche

Welche Art von Sport betreiben Sie? (Mehrfachnennung möglich)

☐ Ausdauersport (z. B. Laufen, Radfahren) ☐ Kraftsport

☐ Teamsport (z. B. Fußball, Volleyball) ☐ Yoga/Pilates

☐ Anderes: _____

Wie viele Stunden pro Tag sitzen Sie durchschnittlich?

☐ Weniger als 4 Stunden ☐ 4-6 Stunden

☐ 6-8 Stunden ☐ Mehr als 8 Stunden

Familiäre Vorgeschichte

Haben oder hatten die Eltern / Geschwister / oder Großeltern…

☐ Bluthochdruck ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall ☐ Lungenerkrankung

☐ Diabetes ☐ Gicht ☐ Fettstoffwechselstörung

☐ Rheuma ☐ Erbkrankheit ☐ Sonstiges _____

Was sind Ihre Erwartungen an mich?

_____

_____

_____

Was erhoffen Sie sich von einer Ernährungsberatung /-therapie?

_____

_____

_____

Beschwerden

Allgemeine Beschwerden

- ☐ Zurzeit habe ich keine Beschwerden
- ☐ Atemnot in Ruhe
- ☐ Schmerzen in der Brust
- ☐ Atemnot unter Belastung (nach 1-2 Etagen)
- ☐ Atemnot unter Belastung (nach 2-3 Etagen)
- ☐ Schmerzen in den Beinen nach dem Gehen von < 200 m
- ☐ Schmerzen in den Beinen nach dem Gehen von < 500 m
- ☐ Sehstörungen
- ☐ nächtliches Schnarchen
- ☐ häufiges nächtliches Wasserlassen
- ☐ Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Antriebslosigkeit
- ☐ Unruhe
- ☐ verstärktes Schwitzen
- ☐ Sonstiges

Schmerzen

- ☐ Diffus / nicht definierbar
- ☐ häufige Kopfschmerzen
- ☐ Hände / Finger / Arme
- ☐ Muskelschmerzen
- ☐ Nervenschmerzen
- ☐ Lähmungserschein
- ☐ Füße, Knie
- ☐ Halswirbelsäule
- ☐ Brustwirbelsäule
- ☐ Lendenwirbelsäule
- ☐ Sonstiges

Physiologische Veränderungen

- ☐ vermehrte Hautverfärbungen
- ☐ Bildung von roten Dehnungsstreifen
- ☐ häufige Pilzinfektionen
- ☐ häufige Virusinfektionen
- ☐ Probleme mit der Wundheilung
- ☐ Krampfadern
- ☐ Hämorrhoiden
- ☐ Haarausfall
- ☐ Sonstiges

Wohlbefinden

Ich fühle mich in der körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt	☐ Ja	☐ Nein
Ich fühle mich psychisch beeinträchtigt	☐ Ja	☐ Nein
Ich fühle mich in meiner sozialen Situation eingeschränkt	☐ Ja	☐ Nein
Ich isoliere/distanziere mich	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin in psychologischer/psychiatrischer Behandlung	☐ Ja	☐ Nein
Ich war schon mal in einer psychologischen/psychiatrischen Behandlung	☐ Ja	☐ Nein

Trinkverhalten

Insgesamt trinke ich _____ Liter am Tag.

☐ Ich trinke _____ Liter Wasser oder ungesüßten Tee am Tag.

☐ Ich trinke _____ Liter zuckerhaltige Softdrinks und Saft am Tag

☐ Ich trinke _____ Liter Light-Getränke am Tag

☐ Ich trinke _____ Tassen Kaffee am Tag mit Milch mit Zucker

Wie häufig trinken Sie Alkohol?

☐ täglich ☐ 1-2 mal pro Woche

☐ 3-4 mal pro Woche ☐ 1-2 mal pro Monat

☐ nie

Ich trinke bevorzugt folgende alkoholische Getränke _____

Schlafverhalten

Leiden Sie unter Schlafstörungen ☐ Ja ☐ Nein

Einschlafstörungen ☐ Ja ☐ Nein

Durchschlafstörungen ☐ Ja ☐ Nein

Raucherstatus

Ich rauche ☐ Ja ☐ Nein

☐ Ich bin seit _____ Jahren Raucher

☐ Ich rauche täglich _____ Zigaretten

☐ Ich bin Ex-Raucher seit _____

Medikamente

Ich nehme folgende Medikamente (auch Insulin) und Nahrungsergänzungsmittel ein:

Medikament (Dosis)	Morgens	Mittags	Abends	Nebenwirkung

Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien

Ich habe folgende Allergien _____

Ich habe folgende Nahrungsmittelunverträglichkeiten _____

_____

Ich habe gegen folgende Lebensmittel eine Abneigung _____

Kostform

Ich ernähre mich nach folgender Kostform:

- ☐ Mischkost
- ☐ vegetarische Kost
- ☐ vegane Kost
- ☐ Sonstiges

Ernährungsverhalten

Ich esse täglich ☐ Mahlzeiten (inkl. Zwischenmahlzeiten)

Ich esse regelmäßig ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Nein: Warum essen sie unregelmäßig?

Ich esse schnell ☐ Ja ☐ Nein

Ich esse langsam ☐ Ja ☐ Nein

Wer bereitet Ihr Essen zu?

Ich esse oft / regelmäßig außerhalb ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja: Wo, z.B. Kantine, Restaurants?

Ich esse regelmäßig Fast Food ☐ Ja ☐ Nein

Ich esse mit Ablenkung, z.B. Zeitung, Fernseher, etc. ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja: Wie?

Ich esse in Gesellschaft ☐ Ja ☐ Nein

Ich konsumiere Süßigkeiten und Knabbereien

- ☐ mehrmals am Tag
- ☐ einmal am Tag
- ☐ 2-3 mal pro Woche
- ☐ einmal pro Woche
- ☐ seltener, Wie oft?

Ich verzehre bevorzugt folgende Süßigkeiten und Knabbereien:

Ernährungsprobleme

Ich leide unter folgenden ernährungsbezogenen Problemen

- ☐ Verstopfung — Anzahl der Stuhlentleerungen pro Woche
- ☐ Durchfall — Anzahl der Stuhlentleerungen am Tag

- ☐ Blähungen
- ☐ Sodbrennen
- ☐ Erbrechen
- ☐ Kaustörungen
- ☐ Geschmacksstörungen
- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Übelkeit
- ☐ Völlegefühl
- ☐ Schluckstörungen
- ☐ Sonstiges

Die folgenden Fragen bitte bei bestehendem Übergewicht beantworten

Übergewicht

Gewichtsverlauf im letzten Jahr

Niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht

Höchstes (Erwachsenen-) Gewicht

Übergewicht in der Kindheit ☐ Ja ☐ Nein

Übergewicht in der Pubertät ☐ Ja ☐ Nein

Übergewicht in der Schwangerschaft ☐ Ja ☐ Nein

Übergewicht in/seid der Menopause ☐ Ja ☐ Nein

Körperstellen an denen ich besonders zugenommen habe

☐ Bauch ☐ Brust ☐ Oberkörper ☐ Beine

Ziele

Ich möchte ____ kg abnehmen.

Ich möchte dieses Ziel in folgendem Zeitraum erreichen:

Durch welche Maßnahmen möchten Sie die Gewichtsreduktion erreichen?

☐ Ernährungstherapie ☐ Verhaltenstherapie

☐ Bewegungstherapie ☐ Hypnose

☐ Medikamente ☐ Operation

Warum möchten Sie abnehmen?

☐ Wohlbefinden steigern ☐ Risikofaktoren reduzieren

☐ Lebensqualität steigern ☐ körperliche Beschwerden lindern

☐ Sonstiges

Warum essen Sie?

☐ um Hunger zu stillen ☐ aus Appetit

☐ Gelüste ☐ Langeweile

☐ Einsamkeit ☐ Trost

☐ Genuss ☐ Ablenkung von Problemen

☐ Sonstiges

Ich stehe nachts auf um mir etwas zum Essen zu holen ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Ess-/ Heißhungerattacken ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja: Wann und wie oft?

Ich kontrolliere mein Gewicht

- ☐ täglich
- ☐ mehrfach am Tag
- ☐ 3-5 mal pro Woche
- ☐ 1-2 mal pro Woche
- ☐ einmal im Monat
- ☐ nie

Anzahl der durchgeführten Diäten

- ☐ noch nie
- ☐ 1-5 mal
- ☐ 6-9 mal
- ☐ > 10 mal
- ☐ regelmäßig
- ☐ ich halte ständig Diät

Durchgeführte Maßnahmen zur Gewichtsreduktion

- ☐ Low Carb
- ☐ Low Fat
- ☐ Trennkost
- ☐ Ernährungsumstellung
- ☐ Weight Watchers
- ☐ Steigerung der Bewegung
- ☐ Mahlzeitenersatz durch Shakes Produkte: _____
- ☐ Rehamaßnahmen mit stationärem Aufenthalt
- ☐ Sonstiges _____

_____

Unterschrift Patient*in

Philip Ackermann
- Heilpraktiker –

Naturheilpraxis Ackermann
Donauwörther Straße 3
86368 Gersthofen

www.naturheilpraxis-ackermann.com
info@naturheilpraxis-ackermann.com
+ 49 (0)175 55 47 09 5