Anamnesebogen

MVZ GENSINGEN

Schwerpunktpraxis für ERNÄHRUNGSMEDIZIN BDEM

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Hausarzt:

Datum:

Größe (m):		Gewicht (kg):		BMI:		Höchstgewicht (kg):	

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Beschwerden:

Therapie-Ziel/ Was würden Sie gerne erreichen?

Bitte nehmen Sie Stellung zu den folgenden Punkten:			
Allergien:			
Nahrungsmittelunverträglichkeiten:			
Schlafdauer in der Nacht (h):	Einschlafprobleme ☐	Durchschlafprobleme ☐	
Rauchen: Ja ☐ Nein ☐	Anzahl Zigaretten/ Tag:	Wie viele Jahre geraucht:	
Alkohol: nie ☐ gelegentlich ☐ mehr als 1/Wo ☐ täglich ☐	Menge:		
Stuhlgang: unauffällig ☐	Auffälligkeiten:		
Wasserlassen: unauffällig ☐	Auffälligkeiten:		
Beruf:	Arbeitsstunden/ Woche:		
Bildschirmzeit/ Tag:	davon beruflich:	davon privat:	
Alltagsbewegung (z.B. durchschnittliche Anzahl von Schritten):			
Sport:			
Nur für Frauen			
Anzahl Schwangerschaften/ Komplikationen (z.B. Diabetes, Gestose):			
Zyklusauffälligkeiten/ Wechseljahre in welchem Alter:			
Verhütungsmaßnahmen:			

Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

(alternativ Medikamentenplan beilegen)

Medikament	Früh	Mittags	Abends	Zur Nacht

Bitte kreuzen Sie hier an, wenn die entsprechende Erkrankung bei Ihnen oder einem Verwandten 1. Grades (Eltern, Geschwister, Kinder) vorliegt.

	Patient	Familie	Erläuterungen
Adipositas	☐	☐	
Bluthochdruck	☐	☐	
Erhöhte Blutfettwerte	☐	☐	
Prädiabetes/ Vorstufe der Zuckerkrankheit	☐	☐	
Diabetes mellitus/ Zuckerkrankheit	☐	☐	
Schnarchen	☐	☐	
Schlafapnoesyndrom	☐	☐	
Erhöhter Harnsäurespiegel/ Gicht	☐	☐	
Leberverfettung, -zirrhose	☐	☐	
Verengung der Halsgefäße	☐	☐	
Verengung der Beingefäße	☐	☐	
Herzgefäßerkrankung/ KHK	☐	☐	
Herzinfarkt	☐	☐	
Herzschwäche	☐	☐	
Schlaganfall	☐	☐	
Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐	
Nierenerkrankungen/ Nierensteine	☐	☐	
Lebererkrankungen	☐	☐	
Bauchspeicheldrüsenerkrankungen	☐	☐	
Autoimmunerkrankungen	☐	☐	
Rheuma/ rheumatische Erkrankungen	☐	☐	
Wirbelsäulenerkrankungen	☐	☐	
Gelenkerkrankungen	☐	☐	
Entzündung der Speiseröhre	☐	☐	
Entzündung der Magenschleimhaut	☐	☐	
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	☐	☐	
Entzündliche Darmerkrankungen	☐	☐	
Gallensteine	☐	☐	
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	☐	☐	
Reizdarmsyndrom	☐	☐	
Asthma bronchiale	☐	☐	
Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung	☐	☐	
Multiple Sklerose	☐	☐	
Osteoporose	☐	☐	
Krebserkrankungen (welche):	☐	☐	
Psychologische Erkrankungen	☐	☐	
Atemnot	☐	☐	
Schlafprobleme	☐	☐	
Bewegungseinschränkungen	☐	☐	
Kognitive Leistungseinschränkungen	☐	☐	
Sonstige Erkrankungen			

Gibt es Erkrankungen die in Ihrer Familie gehäuft vorkommen:

Gab es Operationen in der Vergangenheit? Wann, an welchen Organen?

Bitte füllen Sie diesen Teil aus, wenn sich Ihre Beschwerden auf den Magen-Darm-Bereich beziehen

Wann traten die Beschwerden zum ersten Mal auf? Gab es Auslöser (z.B. Antibiotikum, Infekt, Urlaub, Stress)?
Verlauf der Beschwerden bis heute. Phasen der Besserung? Phasen der Verschlechterung? Gleichbleibend?
Bestehen Schmerzen? (genaue Lokalisation, Charakter)?
Welche Symptome stehen bei Ihnen im Vordergrund?
Verstopfung ☐ Durchfall ☐ Wechselhaft ☐ Blähbauch ☐ Blähungen ☐ Sodbrennen ☐ Fettstühle ☐
Liegen folgende Symptome vor?
Blut im Stuhl ☐ Gewichtsverlust ☐ Nachtschweiß ☐ Infektzeichen ☐
Entwicklung der Symptome im Tagesverlauf: Wann liegen die Symptome vor?
nüchtern ☐ unmittelbar nach dem Essen ☐ im Tagesverlauf zunehmend ☐
Gibt es Faktoren, die die Beschwerden begünstigen (Anstrengung, Periode, Medikamente, Stress)?
Gibt es Faktoren, die die Beschwerden lindern?

Stuhlgang:		
Gibt es Auffälligkeiten (Frequenz, Konsistenz, Farbe, Geruch)		
Haben Sie beim Stuhlgang das Gefühl einer inkompletten Entleerung?	☐	☐
Sind die Beschwerden nach dem Stuhlgang gelindert?	☐	☐
Bestehen Bauchkrämpfe während des Stuhlgangs	☐	☐
Besteht häufiger Stuhldrang?	☐	☐

Lösen die folgenden Lebensmittel eine Reaktion bei Ihnen aus:

	ja	nein	Reaktion
Fruchtzucker (Obst, Säfte, Limonade)	☐	☐	
Milchzucker (Vollmilch, Joghurt, Käse)	☐	☐	
Hülsenfrüchte	☐	☐	
Getreide (Brot, Müsli, Nudel, Gebäck)	☐	☐	
Zuckeraustauschstoffe, Süßungsmittel	☐	☐	
Histamin: Hartkäse (Parmesan), Emmentaler, Rotwein, Dosen-Thunfisch, Sauerkraut, Salami	☐	☐	
Sonstige			

Welche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt? Bitte ankreuzen.

		Befunde
Magenspiegelung	☐	
Darmspiegelung	☐	
Fruchtzucker-Atemtest	☐	
Milchzucker-Atemtest	☐	
Sorbit-Atemtest	☐	
Glukose-Atemtest	☐	
Laktulose-Atemtest	☐	
Zöliakie-AK (TgAK) im Blut	☐	
Stuhluntersuchung auf pathogene Keime	☐	
Calprotectin (Stuhl)	☐	
Elastase (Stuhl)	☐	
Prick-Test (Allergietest Haut)	☐	
IgE-AK (Allergietest Blut)	☐	

Bitte füllen Sie den folgenden Teil bei Adipositas oder einem Metabolischen Syndrom aus

Höchstgewicht im Erwachsenenalter/ Niedrigstes Gewicht im Erwachsenenalter
Gewichtsverlauf in den letzten 6 Monaten
Abnehmversuche (Verlauf/Erfolge) / Rehamaßnahme
Einschränkungen im Alltag
Psychologische/ Psychiatrische Mitbehandlung? aktuell ☐ früher ☐

Bitte kreuzen Sie die Themen an, die aus Ihrer Sicht für Ihre Gewichtsentwicklung relevant sind

Themen	ja	nein	Ergänzungen
Heißhunger	☐	☐	
Emotionales Essen	☐	☐	
Mahlzeiten auslassen	☐	☐	
Nächtliches Essen	☐	☐	
Kontrollverlust	☐	☐	
Verfügbarkeiten	☐	☐	
Snacking	☐	☐	
Portionsgrößen	☐	☐	
Kochkunst	☐	☐	
Softdrinks	☐	☐	
Alkohol	☐	☐	

Ess- und Trinkverhalten

Trinkmenge pro Tag:

Welche Getränke trinken Sie (präzise Angaben z.B. Kaffee mit Milch, Zucker und ungefähre Menge)

Welche Hauptmahlzeiten nehmen Sie zu sich? Frühstück ☐ Mittagessen ☐ Abendessen ☐

Bitte beschreiben Sie hier beispielhaft Ihre typischen Haupt- und Zwischenmahlzeiten

Typisches Frühstück:
Typisches Mittagessen:
Typisches Abendessen:
Typische Zwischenmahlzeit/ Snack
Ungefähre Anzahl an Zwischenmahlzeiten/ Snacks pro Tag:

Lebensmittelauswahl

Produkt		ja	häufig	selten	nein
Getreide					
Brot	Weißmehl ☐ Misch ☐ Vollkorn ☐	☐	☐	☐	☐
Müsli	Frühstückscerealien ☐ Haferflocken ☐ Müsli ☐	☐	☐	☐	☐
Nudeln	Reis hell ☐ Vollkornreis ☐ Nudeln hell ☐ Vollkornnudeln ☐	☐	☐	☐	☐
Kartoffeln	Pell- Salzkartoffeln ☐ Pommes frites ☐ Bratkartoffeln ☐	☐	☐	☐	☐
Gemüse	*Sorten:*	☐	☐	☐	☐
Hülsenfrüchte	*Sorten:*	☐	☐	☐	☐
Nüsse/ Saaten	*Sorten:*	☐	☐	☐	☐
Obst	*Sorten:*	☐	☐	☐	☐
Milchprodukte		☐	☐	☐	☐
Milch		☐	☐	☐	☐
Joghurt/ Quark/ Skyr		☐	☐	☐	☐
Käse		☐	☐	☐	☐
Pflanzendrinks	Soja, Lupine ☐ Erbse, Hafer, Kokos, Reis ☐				
Tier. Produkte					
Fleisch		☐	☐	☐	☐
Wurst		☐	☐	☐	☐
Fisch	*Sorten:*	☐	☐	☐	☐
Eier		☐	☐	☐	☐
Fette					
	Butter ☐ Margarine ☐ Olivenöl ☐ Rapsöl ☐ Sonnenblumenöl ☐ Leinöl ☐				
Snacks					
	süße Snacks	☐	☐	☐	☐
	herzhafte Snacks	☐	☐	☐	☐