medicum Hamburg
... für eine gesunde Einstellung

Anamnese • Ernährungsmedizin

Liebe Patienten, lieber Patient!
Ernährungsberatung ist sehr individuell. Daher müssen wir vieles über Sie wissen, um Sie optimal beraten zu können. Sie helfen uns bei dieser Aufgabe, wenn Sie den folgenden Fragebogen ausfüllen. Vielen Dank!

Name:_____ Geburtsdatum:_____
Telefon:_____ Fax:_____
Handy: Email:
Adresse (Straße, PLZ, Ort): _____
Hausarzt (bitte mit Vorname und Ort): _____ Krankenkasse: _____
Termin bei (Frau/Herr):_____ am (Datum): _____

Erkrankungen der blutsverwandten Familie:

- □ Übergewicht
- □ Diabetes, Typ ____
- □ Bluthochdruck
- □ Erhöhte Blutfette □ Erhöhte Harnsäure □ Gicht
- □ Gallensteine □ Nierensteine
- □ Nierenschwäche
- □ Herzinfarkt □ Schlaganfall
- □ Krebs_____
- □ Rheumatische/Autoimmunerkrankungen_____
- □ Sonstiges_____

Eigene Erkrankungen:

- □ Übergewicht
- □ Diabetes Typ 1 □ Diabetes Typ 2 □ Prädiabetes □ auffällige Blutzuckerwerte
- □ Bluthochdruck
- □ Erhöhte Blutfette
- □ Herzinfarkt □ Schlaganfall
- □ Erhöhte Harnsäure □ Gicht
- □ Gallensteine □ Nierensteine (□ entfernt)
- □ Nierenschwäche
- □ Krebs_____ Diagnosejahr_____ □ OP □ Chemo □ Bestrahlung
- □ Schilddrüsenunterfunktion □ Schilddrüsenüberfunktion □ Hashimoto-Th.
- □ Osteoporose (Knochenerweichung, Knochenbrüchigkeit)
- □ Rheumatische/Autoimmunerkrankungen_____
- □ Asthma □ COPD
- □ Allergien _____
- □ Nahrungsmittelunverträglichkeiten _____

    - □ Morbus Crohn □ Colitis Ulcerosa Diagnosejahr: _____
    - □ Divertikulitis (Divertikelentzündung)
    - □ Reizdarm / Reizmagen
    - □ Voroperationen im Bauchbereich_____
    - □ Andere _____

- □ Sonstiges _____

Medikamente und Bedarfsmedikamente mit <u>Dosierung</u>:

_____

_____

Vitamine oder Nahrungsergänzungsmittel mit <u>Dosierung</u>:

_____

_____

Waren Sie schon einmal in psychologischer Behandlung? □ Nein □ Ja, Zeitraum:_____

Wohnsituation: □ mit Partner lebend □ Kinder im Haus □ allein stehend □ bei den Eltern lebend

Beruf: _____

Rauchen Sie? □ Nein □ Ja, ca. ___ Zigaretten /Tag seit ca. ___ Jahren

Alkohol: □ Nein □ Ja - falls „Ja“: Wie viel und wie häufig? _____

Substanzgebrauch: □ Nein □ Ja - falls „Ja“ □ Cannabis □ andere_____

Treiben Sie Sport? □ Nein □ Ja

Sportart: _____ Wie oft pro Woche? _____

Wie viele Minuten pro Einheit? _____

Haben Sie Schlafprobleme? □ Nein □ Ja

□ Einschlafprobleme □ Durchschlafprobleme Wache immer: □ um ____ Uhr auf □ unterschiedlich

Wie schätzen Sie Ihr Stresslevel ein? □ normal □ mittel □ hoch eher □ beruflich □ privat

Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit?

_____

_____

_____

Welche Ziele und Erwartungen haben Sie an die Ernährungsberatung?

_____

_____

_____

Aktuelles Gewicht: _____kg **aktuelle Größe:** _____cm

Essgewohnheiten: □ regelmäßig □ unregelmäßig □ viele Zwischenmahlzeiten □ Intervallfasten

Spezielle Ernährungsform: □ keine □ vegetarisch (□ mit Fisch) □ vegan

□ sonstiges: _____

Nur bei Übergewicht:

Höchstgewicht: wann: _____

_____kg

Haben Sie bereits versucht abzunehmen? □ Nein □ Ja

Wie haben Sie versucht abzunehmen?

□ Weight Watchers (Abnahme:____kg)
□ Optifast / M.O.B.I.L.I.S. (Abnahme:____kg)
□ Ärztliche Betreuung (Abnahme:____kg)
□ Medikamente (Abnahme:____kg)
□ Stationäre Kuren (Abnahme:____kg)
□ Ernährungsberatung (Abnahme: kg)

□ Sonstiges _____

Bariatrische OP (Magenverkleinerung):

□ Nein □ gewünscht □ geplant am:_____ □ durchgeführt am:_____

Nur bei Magen-Darm-Beschwerden:

Ich habe: □ Allgemeines Unwohlsein □ Sodbrennen □ Völlegefühl □ Blähungen
□ Unterbauchschmerzen □ Übelkeit □ Durchfall □ Erbrechen

□ Oberbauchschmerzen □ Verstopfung

Die Beschwerden sind:
□ unabhängig von der Nahrungsaufnahme
□ während / kurz nach dem Essen
□ längere Zeit nach Einnahme einer Mahlzeit (>1 Stundenachher)
□ Immer wenn ich längere Zeit nüchtern bin
□ auch nachts

Die Beschwerden sind erstmalig aufgetreten:
□ nach einer Magen Darm Infektion
□ nach einer / mehreren Antibiotika-Einnahmen
□ nach einer Operation: _____
□ nach Einnahme von Medikamenten: _____

Die Beschwerden bestehen seit: _____

Stuhlgang:

Häufigkeit: □ mehrmals ca. ___x täglich □ auch nachts □ jeden Tag □ jeden 2.-3. Tag

Konsistenz: □ Hart / Köttelartig □ Geformt (normal) □ Breiig □ Flüssig

Farbe: □ Braun □ Weiß/gelblich □ Blutig □ Schwarz

Diagnostische Maßnahmen:

Magenspieglung: □ Nein □ Ja, wann? _____ □ auffällig □ unauffällig
Darmspieglung: □ Nein □ Ja, wann? _____ □ auffällig □ unauffällig

Ultraschalluntersuchung des Bauches □ Nein □ Ja, wann? _____ □ auffällig □ unauffällig
Stuhluntersuchung (Darmflora-Analyse)**:** □ Nein □ Ja, wann? _____

Test auf Nahrungsmittelallergien: □ Nein
□ Ja, welche und wann? _____

Test auf Nahrungsmittelunverträglichkeiten: **Verdacht auf Unverträglichkeiten:**

□ Milchzucker (Laktose) □ Histamin
□ Fruchtzucker (Fruktose) □ positiv □ negativ □ Gluten / Weizen
□ Sorbit □ positiv □ negativ □ Milchprodukte
□ Glukose / □ Laktulose (Fehlbesiedelung) □ positiv □ negativ □ andere _____

□ positiv □ negativ

Ich habe gegen meine Beschwerden bisher folgende Medikamente / Substanzen ausprobiert:

_____

_____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte dem medicum Hamburg, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich zum internen Gebrauch für meine Behandlung vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

_____ _____

Datum Unterschrift

Symptomprotokoll

Name:
Bitte dokumentieren Sie Ihre Ernährung für einen Beispieltag.

○ Arbeitstag ○ Freizeit

Mahlzeiten	Uhrzeit	Essen / Trinken (was, wie viel?)	Beschwerden / Symptome	Besonderheiten Feier/ Wie geht es mir?
Frühstück				
zwischendurch				
Mittagessen				
zwischendurch				
Abendessen				
danach				