

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
- Gallen- / Nierensteine
- Nierenschwäche
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Krebs _____
- Sonstiges _____
-

Eigene Erkrankungen:

- Übergewicht
- Diabetes, Typ _____
- Erhöhte Blutfette
- Erhöhte Harnsäure / Gicht
- Gallen- / Nierensteine
- Nierenschwäche
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Krebs _____
- Schilddrüsenfehlfunktion
- Osteoporose (Knochenerweichung, Knochenbrüchigkeit)
- Asthma / COPD
- Allergien _____
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten _____
-
-
- Reizdarm
- Morbus Crohn
- Colitis Ulcerosa
- Reizmagen
- Divertikulitis
- Andere _____
- Sonstiges _____

Eigene Medikamente mit Dosierung:

Vitamine oder Nahrungsergänzungsmittel mit Dosierung:

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? Ja Nein

Alkohol: Nein Ja Wenn „Ja“: Wie viel und wie häufig? _____

Treiben Sie Sport? Nein Ja

Sportart: _____ Wie oft pro Woche? _____

Wie viele Minuten pro Einheit? _____

Treten bei Bewegung Atemnot / Schmerzen auf? Ja Nein

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

Spezielle Ernährungsform: keine vegetarisch vegan
 sonstiges: _____

Nur bei Übergewicht:

Höchstgewicht: _____ kg wann: _____

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 geplant am: _____ durchgeführt am: _____

Haben Sie

Nein Ja

Nur bei Magen-Darm-Beschwerden:

- Ich habe:** Allgemeines Unwohlsein Sodbrennen Völlegefühl Blähungen
 Unterbauchschmerzen Übelkeit Durchfall Erbrechen
 Magenschmerzen./Oberbauchschmerzen

Die Beschwerden sind:

- unabhängig von der Nahrungsaufnahme
- Immer wenn ich längere Zeit nüchtern bin
- während / kurz nach dem Essen
- längere Zeit nach Einnahme einer Mahlzeit (>1 Stundenachher)
- 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 täglich täglich 1x jeden 2.Tag jeden 3. Tag. auch nachts
- Konsistenz: Hart Geformt Breiig Flüssig
- Farbe: Braun Weiß /gelblich Blutig Schwarz

Diagnostische Maßnahmen:

- Magenspiegelung:** Nein Ja, wann? _____
- Darmspiegelung:** Nein Ja, wann? _____
- Stuhluntersuchung (Darmflora-Analyse):** Nein Ja, wann? _____

Test auf Nahrungsmittelallergien: Nein

- Ja, welche und wann? _____

Test auf Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

- Milchzucker (Laktose) positiv negativ
- Fruchtzucker (Fruktose) positiv negativ
- Sorbit positiv negativ
- Histamin 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				
zwischen				
Mittagessen				
zwischen				
Abendessen				
danach				