



## Patientendaten

Datum:

Krankenkasse:

Name:

Zusatzversicherung:

Vorname:

Geburtsdatum:

Schwangerschaft:

Alter:

ja (SSW):                      nein

Geschlecht:  m  w  d

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Beruf:

Familienstand:

## Hauptbeschwerden

seit wann bestehen die Beschwerden?

Symptomintensität (1-10): aktuell: \_\_\_\_\_ im schlimmsten Fall: \_\_\_\_\_



## medizinische Vorgeschichte

*Bekannte Diagnosen:*

*Operationen (mit Jahr):*

*Krankenhausaufenthalte:*

## aktuelle Medikation

*verschreibungspflichtige Medikamente:*

*Nahrungsergänzungsmittel:*



### Energielevel & Schlaf

- Chronische Müdigkeit/Erschöpfung
- Energietiefs am Nachmittag
- Schwierigkeiten beim Einschlafen
- Häufiges nächtliches Erwachen
- Unruhiger Schlaf/nicht erholsam
- Schnarchen/Atenaussetzer

### Immunsystem & Entzündung

- Häufige Infekte
- Allergien (Nahrung/Umwelt)
- Autoimmunerkrankungen
- Hautprobleme (Ekzeme, Akne, Psoriasis)
- Gelenkschmerzen/Steifigkeit
- Muskelschmerzen
- Kopfschmerzen/Migräne

### Hormonelles System

- Gewichtszunahme/-abnahme
- Schwierigkeiten beim Abnehmen
- Kälte-/Wärmeunverträglichkeit
- Haarausfall
- Trockene Haut/Haare
- Libidoverlust
- PMS/Menstruationsprobleme
- Wechseljahresbeschwerden

### Allergien & Unverträglichkeiten

*Medikamentenallergien:*

*Nahrungsmittelallergien/-unverträglichkeiten:*

*Umweltallergien:*

### Verdauungssystem

- Blähungen/Völlegefühl
- Bauchschmerzen/Krämpfe
- Durchfall
- Verstopfung
- Wechsel zwischen Durchfall/Verstopfung
- Sodbrennen/Reflux
- Übelkeit
- Starke Heißhungerattacken

### Herz-Kreislauf

- Herzklopfen/Herzrasen
- Bluthochdruck
- Niedriger Blutdruck
- Schwindel
- Kalte Hände/Füße

### Neurologisches & Psychisches

- Konzentrationsschwierigkeiten
- Gedächtnisprobleme
- "Brain Fog" (Benommenheit)
- Stimmungsschwankungen
- Depressive Verstimmungen
- Angst/Panikattacken
- Reizbarkeit
- Nervosität/Unruhe



## Familienanamnese

### Erbliche Belastungen (Eltern, Geschwister, Großeltern)

- Diabetes Typ 1
- Diabetes Typ 2
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krebs (welcher?): \_\_\_\_\_
- Autoimmunerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Depressionen/psychiatrische Erkrankungen
- Alzheimer/Demenz
- Osteoporose
- Allergien/Asthma

Weitere familiäre Erkrankungen/Anmerkungen:

## Lebensstil/Umwelt

### Ernährung

Beschreiben Sie Ihre typische Ernährung:

Mahlzeitenhäufigkeit:  1-2x täglich  3x täglich  >3x täglich  unregelmäßig

2 Tage Mahlzeiten notieren:

Besondere Ernährungsformen:

- Vegetarisch  Vegan  Paleo  Keto  Glutenfrei  Laktosefrei
- Andere: \_\_\_\_\_

### Flüssigkeitsaufnahme pro Tag:

Wasser: \_\_\_\_\_ L Kaffee: \_\_\_\_\_ Tassen Alkohol: \_\_\_\_\_ Gläser/Woche

### Problematische Gewohnheiten:

- Rauchen (\_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag)
- Übermäßiger Zuckerkonsum
- Fast Food/Fertiggerichte häufig
- Essen bei Stress/Emotionen



## Lebensstil/Umwelt

### Bewegung & Aktivität

Sportliche Aktivität:  Keine  1-2x/Woche  3-4x/Woche  Täglich

Art der Bewegung:

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Überwiegend sitzend  Überwiegend stehend  Körperlich anstrengend

### Stress & Psychosoziales

Aktueller Stresslevel (1-10): \_\_\_\_\_

Hauptstressquellen:  Beruf  Familie  Finanzen  Gesundheit  Beziehungen

Andere: \_\_\_\_\_

### Stressbewältigung:

Sport  Meditation  Yoga  Hobbys  Soziale Kontakte

Keine bewusste Bewältigung

### Schlafgewohnheiten:

Zu Bett gehen: \_\_\_\_\_ Aufstehen: \_\_\_\_\_ Schlafdauer: \_\_\_\_\_h

### Umweltfaktoren

#### Wohnsituation:

Stadt  Land  Neubau  Altbau  Schimmelprobleme bekannt

#### Berufliche Exposition:

Chemikalien  Staub  Lärm  Bildschirmarbeit >6h/Tag

#### Zahnmedizin:

Amalgamfüllungen  Wurzelbehandlungen  Implantate  Häufige Zahnprobleme

Auto:  neu  alt



## Frauengesundheit

### Menstruationszyklus

Zykluslänge: \_\_\_\_\_ Tage Regelmäßigkeit:  Regelmäßig  Unregelmäßig

### Menstruationsbeschwerden:

Starke Schmerzen  Starke Blutung  PMS

### Stimmungsschwankungen

Hormonelle Verhütung:  Pille  Spirale  Andere: \_\_\_\_\_

### Schwangerschaften

Anzahl Schwangerschaften: \_\_\_\_\_ Geburten: \_\_\_\_\_ Fehlgeburten: \_\_\_\_\_

### Schwangerschaftskomplikationen:

Wechseljahre:  Vor  In  Nach den Wechseljahren

## Laborwerte & Untersuchungen

Letzte Laboruntersuchungen (falls vorhanden bitte mit einreichen)

Datum der letzten Blutuntersuchung: \_\_\_\_\_

## Erwartungen

### *Bereitschaft zur Veränderung*

*Wie bereit sind Sie, Ihren Lebensstil zu ändern? (1-10): \_\_\_\_\_*

*Bereiche, in denen Sie Veränderungen vornehmen könnten:*

- Ernährung  Bewegung  Stressmanagement  Schlafgewohnheiten  
 Nahrungsergänzung  Umweltfaktoren



## Ernährungsprotokoll 2 typische Tage

TAG 1:  
morgens:

TAG 2:  
morgens:

vormittags:

vormittags:

mittags:

mittags:

nachmittags:

nachmittags:

abends:

abends:

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

Unterschrift Therapeut: \_\_\_\_\_

*Dieser Anamnesebogen dient der ganzheitlichen Erfassung Ihrer Gesundheitssituation im Sinne der funktionellen Medizin. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und dienen ausschließlich therapeutischen Zwecken.*