PRAXIS
BERLINER ALLEE

# Ganzheitlicher Fragebogen

*Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen VOR Ihrem Erstberatungsgespräch bei uns aus und laden Sie diesen bitte bei Doctolib hoch (oder senden Sie diesen per Mail) mit möglichen Vor-Laboren oder Arztberichten mindestens 7 Tage VORAB. Bitte füllen Sie bitte ZUSÄTZLICH das Ernährungsprotokoll (für mindestens 1 Woche) aus. Vielen Dank!*

## Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Email:_____

Krankenkasse:_____IK-Nummer:_____

Versichertennummer:_____

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

## Lebenssituation und Beruf

☐ allein lebend ☐ getrennt/ geschieden ☐ verwitwet

☐ verheiratet ☐ in fester Partnerschaft

Kinder: ☐ nein ☐ ja, Anzahl: _____

☐ Berufstätig als: _____ Wochenarbeitszeit: _____ Std.
☐ Berentet / im Ruhestand; früher berufstätig als:
_____
☐ Sonstiges (z.B. Ausbildung, Elternzeit, arbeitsuchend): _____

## Genussmittel und weitere Substanzen

Nikotin: ☐ nein, nie ☐ ja ☐ früher (Z. n. Nikotinkonsum); aufgehört: _____
Art: ☐ Zigaretten ☐ E-Zigarette/Vape ☐ sonstiges: _____
Menge: _____ pro Tag/Woche; seit: _____
Alkohol: ☐ nie ☐ seltener als monatlich ☐ monatlich ☐ wöchentlich ☐ täglich
Art und Menge (z. B. Gläser pro Anlass/Woche): _____
Andere Drogen / psychoaktive Substanzen: ☐ nein ☐ ja ☐ früher; welche, wie oft/wie viel?_____
_____

## Körperdaten

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg Bauchumfang: _____ cm
Gewichtsentwicklung in den letzten 10 Jahren: ☐ etwa gleich ☐ Zunahme _____ kg ☐ Abnahme _____ kg

**Ihr Anliegen und bisherige Gesundheit**

Was führt Sie zu uns? Welche Beschwerden und Ziele sind für Sie besonders wichtig?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

**Erkrankungen in der Familie (Mutter, Vater, Geschwister)**

☐ Bluthochdruck ☐ Diabetes ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall ☐ Krebs: _____
☐ Allergie ☐ Neurodermitis ☐ Asthma ☐ Depression/ psychische Erkrankung
☐ Sonstiges: _____

**Eigene Erkrankungen (bitte ggf. seit wann ergänzen)**

☐ Bluthochdruck
☐ Herzinfarkt/ Koronare Herzkrankheit ☐ Herzrhythmusstörungen
☐ Fettstoffwechselstörung
☐ Schlaganfall
☐ Diabetes ☐ Insulinresistenz ☐ Fettleber
☐ Schilddrüsenerkrankung (Unterfunktion, Überfunktion, Hashimoto, etc.)
☐ Nierenerkrankung (Nierensteine, Nierenschwäche, etc.)
☐ Darmerkrankungen (chron. Entzündl. Darmerkrankungen/ Reizdarm, etc.)
☐ Lebererkrankung
☐ Rheuma
☐ Autoimmunerkrankung
☐ Hörsturz/ Tinnitus
☐ Depression ☐ andere psychische Erkrankung
☐ Hauterkrankungen (Neurodermitis, Psoriasis, Akne, etc.)
☐ Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD etc.)
☐ Heuschnupfen
☐ Allergien (Allergietest?)
☐ Zahnerkrankungen (Parodontitis, Wurzelbehandlungen, Implantate, etc.)
☐ Sonstige Erkrankungen: _____ Seit: _____

**Operationen, Unfälle, Verletzungen und Narben**

Bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen (insbesondere Halswirbelsäule und Zähn): wann, was?

_____

_____

_____

_____

Narben vorhanden? ☐ nein ☐ ja; Ort(e) / Ursache / ggf. Beschwerden:

_____

_____

**Auffällige frühere Laborwerte**

☐ nein ☐ ja (z. B. Blutzucker, Cholesterin, Leber/Niere, Entzündung, Eisen, Schilddrüse):

_____

_____

_____

Bitte auffällige Vorbefunde nach Möglichkeit beifügen.

**Aktuelle Beschwerden**

☐ Auswurf/ Schleimgefühl im Hals oder Rachen
☐ Verstopfte Nase/ Naselaufen/ Nießen
☐ Luftnot bei Anstrengung
☐ Luftnot in körperlicher Ruhe
☐ Engegefühl/Beklemmung der Brust
☐ Einschlafstörung ☐ Durchschlafstörung
☐ Nächtliche Atemauffälligkeiten/ -pausen/ Schnarchen
☐ Nächtliches Zähneknirschen
☐Morgendliche Unausgeschlafenheit/ Müdigkeit am Tage
☐ Rasche Erschöpfung bei Anstrengung
☐ Konzentrationsstörung
☐ Gedächtnisstörung
☐ Schwindel
☐ Heißhungerattacken
☐ Appetitlosigkeit
☐ Mundgeruch
☐ Schmerzen (Wo genau?)
☐ Muskel- oder Wadenkrämpfe
☐ Muskelschwäche
☐ Antriebslosigkeit/ Lustlosigkeit ☐ Traurigkeit/ Depressivität ☐ Ängste
☐ Vermehrtes Schwitzen
☐ Kopfschmerzen
☐ Haarausfall ☐ Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne…)
☐ Gehäuftes Wasserlassen
☐ Augentrockenheit
☐ Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)
☐ Infektanfälligkeit (Grippe/ Erkältung u. ä.pro Jahr):
☐ Blasenentzündungen (pro Jahr):

☐ Antibiotikabehandlungen:
- In Ihren ersten (!) 5 Lebensjahren insgesamt:
- In den letzten 10 Jahren insgesamt:

**<u>Verdauung</u>**
- Stuhlgang: _____ mal/Tag bzw. _____ mal/Woche
- Konsistenz: ☐ normal ☐ hart ☐ breiig ☐ flüssig/ Durchfall
- Beschwerden: ☐ Bauchschmerzen/Krämpfe ☐ Blähungen ☐ Völlegefühl
- ☐ Übelkeit ☐ Erbrechen ☐ Sodbrennen ☐ Aufstoßen
- ☐ Sonstiges: _____

**Bewegung, Schlaf und Stress**

Sport / Bewegung (Art, Häufigkeit, Dauer):

_____

_____

_____

Schlafdauer im Mittel: _____ Stunden/Nacht
Schlafqualität: ☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht

Ich fühle mich aktuell gestresst ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, was stresst Sie? _____

_____

_____

Wenn ja, was tun Sie aktiv zur Stressreduktion? _____

_____

_____

**Medikamente – bitte ausführlich**

Bitte alle verordneten und rezeptfreien Medikamente angeben, auch Bedarfsmedikamente, Hormone, Verhütungsmittel, Sprays, Tropfen und Salben. Nahrungsergänzungsmittel bitte ausschließlich auf der folgenden Seite eintragen.

☐ Ich nehme derzeit keine Medikamente ein.

**Aktuelle Medikamente**

Bitte Wirkstoff/Handelsname, Stärke, Dosis, Einnahmezeitpunkt, Grund und ggf. „bei Bedarf" angeben.

| Medikament / Wirkstoff | Stärke / Dosis | Einnahme (wann/wie oft) | Grund / seit wann |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**Nahrungsergänzungsmittel (NEM) – bitte ausführlich**

Pro Produkt möglichst genau: Produktname, Hersteller/Marke, Inhaltsstoffe samt Menge je Tagesdosis, tatsächliche Einnahme (Kapseln/Tropfen etc., Häufigkeit, Zeitpunkt) und seit wann.

☐ Ich nehme derzeit keine Nahrungsergänzungsmittel ein.

| Produktname + Marke | Inhaltsstoffe + Menge je Tagesdosis | Wie viel / wie oft / wann? | Seit wann? |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

☐ Ich habe zusätzliche Produkte und lege eine Liste / Fotos der Rückseiten bei.

**Spezielle Ernährungsanamnese**

Ernährungsweise (Mehrfachauswahl möglich):

☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ pescetarisch ☐ flexitarisch

☐ Low Carb ☐ ketogen ☐ Low Fat ☐ Paleo ☐ mediterran

☐ glutenfrei ☐ laktosefrei ☐ histaminfrei ☐ intermittierendes Fasten

☐ sonstige: _____

Seit wann? _____ Aus welchem Grund? _____

Mahlzeiten: ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐ viele Zwischenmahlzeiten

Emotionales Essen (z. B. Stress, Traurigkeit, Langeweile)?

☐ nein ☐ ja; wann bzw. in welchen Situationen? _____

Essanfälle / Gefühl von Kontrollverlust? ☐ nein ☐ ja; wann / wie häufig? _____
_____

Selbst kochen: ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ täglich

Außer Haus essen: ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ täglich

Wo gehen Sie primär einkaufen?
_____
_____
_____

Was ist Ihr Lieblingsessen?
_____
_____
_____

Unverträglichkeiten / Lebensmittel, die nicht gut bekommen:_____
_____
_____

Trinkmenge (alle Getränke): ca. _____ Liter/Tag

Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

| | (fast) nie | Ab & zu | Mehrfach pro Woche | 1 mal täglich | Mehrfach täglich |
|---|---|---|---|---|---|
| Milch | | | | | |
| Quark, Joghurt | | | | | |
| Käse | | | | | |
| Eier | | | | | |
| Brot/ Brötchen | | | | | |
| Müsli | | | | | |
| Nudeln | | | | | |
| Reis | | | | | |
| Kuchen/ Kekse | | | | | |
| Süßigkeiten | | | | | |
| Chips | | | | | |
| Fleisch | | | | | |
| Fisch | | | | | |
| Wurst | | | | | |
| Gemüse | | | | | |
| Obst | | | | | |
| Hülsenfrüchte | | | | | |
| Nüsse | | | | | |
| Fastfood | | | | | |
| Fruchtsäfte | | | | | |
| Softdrinks wie Cola | | | | | |
| Bier (Gläser) | | | | | |
| Wein (Gläser) | | | | | |

**Themenschwerpunkt A – Wechseljahre / Menopause**
☐ Trifft auf mich zu – bitte ausfüllen ☐ Nicht relevant – weiter zu B

Letzte Menstruation (Monat/Jahr): _____
☐ Zyklus noch regelmäßig ☐ unregelmäßig
☐ Gebärmutter entfernt ☐ Eierstöcke entfernt
☐ hormonelle Verhütung / Hormontherapie
Aktuelle Hormone/Präparate (bitte auch auf der Medikamentenseite eintragen):
_____

Hitzewallungen: ☐ nein ☐ ja; ☐ tagsüber ☐ nachts; Häufigkeit: _____ pro Tag/Woche
Schwitzen/Nachtschweiß: ☐ nein ☐ ja; wann genau?_____

Stimmung: ☐ ausgeglichen ☐ gereizt ☐ niedergeschlagen ☐ ängstlich ☐ wechselhaft

Schlaf: ☐ unverändert ☐ Einschlafprobleme ☐ nächtliches Erwachen ☐ frühes Erwachen

Haarausfall: ☐ nein ☐ ja; seit wann_____

Weitere Beschwerden:
☐ Scheidentrockenheit
☐ Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
☐ Harnwegsbeschwerden
☐ Libidoveränderung
☐ Gelenk-/Muskelschmerzen
☐ Konzentrations-/Gedächtnisprobleme
☐ Gewichtszunahme / veränderte Fettverteilung

Was belastet Sie am meisten / was wünschen Sie sich von der Beratung?
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

**Themenschwerpunkt B – Gewichtsabnahme**
☐ Trifft auf mich zu – bitte ausfüllen ☐ Nicht relevant – weiter zu C

Aktuelles Gewicht: _____ kg
Höchstes Gewicht: _____ kg (wann: _____)
Niedrigstes Erwachsenengewicht: _____ kg (wann: _____)
Wunschgewicht: _____ kg

Seit wann besteht die Gewichtszunahme / wodurch wurde sie ggf. ausgelöst?
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Bisherige Abnehmversuche (Methoden, Zeitraum, Erfolg, Wiederzunahme):
_____
_____
_____
_____
_____
_____

☐ häufiges Hungergefühl ☐ Heißhunger ☐ emotionales Essen ☐ nächtliches Essen
☐ Schlafprobleme ☐ Stress ☐ Bewegungsmangel ☐ Schmerzen/Bewegungseinschränkung

Gewichtsbeeinflussende Medikamente / frühere oder aktuelle Abnehmspritzen:
_____
_____
_____

Wichtigstes Ziel: ☐ Gewichtsreduktion ☐ bessere Stoffwechselwerte
☐ mehr Fitness ☐ Muskelerhalt ☐ langfristige Gewichtsstabilisierung
☐ Sonstiges: _____

**Themenschwerpunkt C – Schwangerschaft / Kinderwunsch**
☐ Kinderwunsch ☐ aktuell schwanger ☐ nicht relevant

Bei Schwangerschaft: aktuelle SSW _____ + _____ Tage
errechneter Geburtstermin: _____

Bei Kinderwunsch: seit wann versuchen Sie schwanger zu werden?
_____

Bisher unternommen:
☐ Zyklusbeobachtung ☐ Ovulationstests ☐ gynäkologische Abklärung
☐ Hormonuntersuchungen ☐ Kinderwunschzentrum
☐ Stimulation ☐ IUI ☐ IVF/ICSI
☐ anderes:
_____
_____
_____

Zyklus: ☐ regelmäßig Zykluslänge ca. _____ Tage
☐ unregelmäßig ☐ keine Menstruation

Bisherige Schwangerschaften: _____
Geburten: _____
Fehlgeburten: _____
Stilldauer: _____

Bekannte Besonderheiten / Diagnosen (z. B. PCOS, Endometriose, Schilddrüse):
_____
_____
_____

Aktuell eingenommene Präparate (z. B. Folsäure, Jod, Eisen, DHA): bitte auf NEM-Seite eintragen.

Besondere Fragen, Beschwerden oder Wünsche:
_____
_____
_____

**Was erhoffen Sie sich insgesamt von unserer Beratung?**
Was ist ihr Wunsch/ Auftrag an uns?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**Kosten:**
Mir ist bekannt, dass die Kosten nicht von der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen übernommen werden. Die Abrechnung erfolgt nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und richtet sich nach Aufwand und Dauer der Beratung.

**Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung:**
Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheits-informationen durch die Praxis Berliner Allee zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

_____

Ort, Datum Unterschrift