

## Ganzheitlicher Fragebogen

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

Ich möchte eine

- ganzheitliche Beratung
- Ernährungsberatung
- Mikronährstoffberatung (Blut- Untersuchung auf Vitamine, Mineralstoffe etc.)
- Mikrobiomberatung (Stuhlanalyse)

Bei

- Marina Diener
- Dr. Constanze Lohse
- egal ob bei Frau Diener oder Dr. Lohse

### **Angaben zur Person**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ IK-Nummer: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

weiblich  männlich

Lebenssituation:  allein lebend  geschieden  verheiratet  
 in fester Partnerschaft  Kinder

Derzeitige berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Wochenarbeitszeit: \_\_\_\_ h

Größe: \_\_\_\_\_ m

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Bauchumfang: \_\_\_\_\_ cm



- Depression/ Nervenleiden
- Hauterkrankungen (Neurodermitis, Psoriasis, Akne, etc.)
- Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD etc.)
- Heuschnupfen
- Allergien (Allergietest?)
- Sonstiges

Gab es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen, insbesondere der Halswirbelsäule (Wann? Was?): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen Auffälligkeiten? (z.B. erhöhte Leberwerte Nierenwerte Blutzuckerwerte , Cholesterin, Entzündungswerte, Eisenmangel, Blutarmut, auffällige Schilddrüsenwerte, etc. )  
 Wenn ja, bitte Laborwerte in Kopie anfügen.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an folgenden 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:

Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:

- Wie oft haben Sie Stuhlgang? \_\_mal pro Tag, wenn nicht täglich: \_\_ mal pro Woche
- Konsistenz des Stuhls überwiegend  normal  hart
  - breiig  Durchfall
  - Bauchschmerzen/-krämpfe
  - Völlegefühle
  - Übelkeit
  - Erbrechen
  - Sodbrennen
  - Vermehrtes Aufstoßen

Notieren Sie nun bitte noch **alle (!) Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel**, die Sie aktuell einnehmen inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.).

Medikament/ Nahrungsergänzungsmittel	Morgens	Mittags	Abends	z. Nacht	b. Bedarf

- Rauchen: \_\_Zig/Tag
- Alkohol: \_\_/Woche

Treiben Sie regelmäßig Sport? (wenn ja was/ wie viel?)

---



---

## Spezielle Ernährungsanamnese:

Ernähren Sie sich nach einer spez. Ernährungsform (Low fat, Low Carb, Vegetarisch, vegan, Paleo, etc.)?  ja  nein  
Wenn ja, seit wann?

---

---

---

---

---

Neigen Sie zu emotionalem Essen?

Neigen Sie zu „Fressanfällen“?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Situation? \_\_\_\_\_

Essen Sie generell

regelmäßig  unregelmäßig  viele Zwischenmahlzeiten?

Kochen Sie selbst?  
täglich

nie  gelegentlich  häufig

Essen Sie außer Haus?  
täglich

nie  gelegentlich  häufig

Wo gehen Sie primär einkaufen?

---

---

---

Was ist Ihr Lieblingsessen?

---

---

---

## Bei Übergewicht:

Niedrigstes Gewicht: \_\_\_\_\_ kg (Zeitpunkt: \_\_\_\_\_)

Höchstes Gewicht: \_\_\_\_\_ kg (Zeitpunkt: \_\_\_\_\_)

Wunschgewicht: \_\_\_\_\_ kg (Zeitpunkt: \_\_\_\_\_)

Bereits absolvierte Diätversuche und deren Erfolge:

---

---

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)					

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)? \_\_Liter

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?

---



---



---



---

