

# ANAMNESEBOGEN – ALLGEMEINE ANGABEN

## 1. Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weiblich  männlich  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. (privat/ mobil): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Kulturelle Einflüsse bei Ernährung?:  ja  nein Versicherten-Nummer: \_\_\_\_\_  
Körpergröße (in m): \_\_\_\_\_ Körpergewicht (in kg): \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_  
Familienstand:  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet  
Kinder:  ja  nein Anzahl: \_\_\_\_\_  
‡ Sind Sie schwanger?  ja  nein ‡ Stillen Sie derzeit?  ja  nein  
Haben Sie je geraucht?  ja  nein Rauchen Sie derzeit?  Stk. \_\_\_\_ / Tag  nein  
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  ja  nein Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_ x/ Woche

## 2. Angaben zur beruflichen Tätigkeit

Erlerner Beruf bzw. Ausübung welcher Tätigkeit derzeit? \_\_\_\_\_  
Sind Sie berufstätig?  ja  nein Schichtarbeit?  ja  nein  
Sitzende/ leichte Tätigkeit?  ja  nein Stehende Tätigkeit?  ja  nein  
Schwere körperliche Tätigkeit?  ja  nein Arbeitszeit pro Tag (in h) \_\_\_\_\_

## 3. Angaben zur körperlichen Tätigkeit

Treiben Sie Sport?  ja  nein Wie oft?  1-2 x  3-4 x  5-6 x  
Sportarten: \_\_\_\_\_

## 4. Angaben zur Lebensqualität

sehr gut  gut  eingeschränkt  stark eingeschränkt

## 5. Angaben zu den Essgewohnheiten

Essen Sie regelmäßig?  ja  nein Wie viele Mahlzeiten/ Tag?  1-2 x  3-4 x  5-6 x  
Essen Sie häufig außer Haus?  ja  nein Kochen Sie öfters selbst?  ja  nein  
Essen in der Kantine: \_\_\_\_ x/ Woche. Essen im Schnellimbiss: \_\_\_\_ x/ Woche. Essen im Auto: \_\_\_\_ x/ Woche  
Essen mit dem Partner oder mit der Familie: \_\_\_\_ x/ Woche. Essen allein: \_\_\_\_ x/ Woche

## 6. Angaben zur Einnahme von Medikamenten

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein  
Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 7. Angaben zur Erkrankungsgeschichte

Ist bei Ihnen oder in der Familie eine der folgenden Erkrankungen schon einmal aufgetreten?

Untergewicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit_____
Übergewicht/ Adipositas	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit_____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit_____
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit_____
Herzinfarkt/ Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit_____
Fettleber/ Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit_____
Erkrankungen der Galle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit_____
Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit_____
Knochenschwund	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit_____
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit_____
Hyperurikämie/ Gicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit_____
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit_____
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit_____
Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit_____
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit_____

## 8. Angaben zu Allergien und Unverträglichkeiten

Allergien	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit_____
	gegen: _____		
	<input type="checkbox"/> nein		
Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> ja, in der Familie	<input type="checkbox"/> ja, bei mir	seit_____
	gegen: _____		
	<input type="checkbox"/> nein		

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift