

# Anamnesebogen Stammdaten (A1)

## Stammdaten

Klienten-ID:		Datum:	
Vorname:		Nachname:	
Geburtsdatum:		Geschlecht:	
Straße+Hausnr.:			
PLZ + Ort:			
E-Mail:			
Telefon 1:		Telefon 2:	

## Krankenkasse und behandelnder Arzt

Krankenkasse:		Versicherungsnr:	
Ansprechpartner:			
Telefon/ E-Mail:			
Behandelnd. Arzt:			
Telefon/ E-Mail:			

## Lebenssituation

Familien-/ Lebenssituation:										
Berufliche Situation:										
Wohlfühlskala + aktuelle Stimmung:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

1 = niedrig, 10 = hoch

## Anthropometrische/ weitere Daten

Parameter	Istwert	Sollwert	Parameter	Istwert	Sollwert
Körpergröße (m):			Körpergewicht (kg):		
BMI:			Bauchumfang (cm):		

# Anamnese Krankheitsbild und Klinik (A2)

## Medizinische Diagnosen

Hauptdiagnose/n:	
Nebendiagnose/n:	
Allergien und Unverträglichkeiten:	

## Hauptdiagnose/n

seit wann (Jahr):		in Familie aufgetreten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt								
Krankheitsverlauf (Form, Stadium, Komplikationen, ggf. Ursachen):											
Aktuelle (ernährungsbezogene) Symptome und Beschwerden:											
Aktuelle Medikamente und NEM (Nebenwirkungen?)											
Therapien/ bisherige Diäten und Kostformen:											
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	

1 = niedrig/ gering, 10 = stark/ hoch

## Relevante Labor- und Untersuchungsdaten

Laborwert	Ist-Wert	Soll-Wert	Laborwert	Ist-Wert	Soll-Wert
Weitere Untersuchungsergebnisse:					

# Anamnese Ernährung und Lebensstil (A3)

## Lebensstil

Was, wann, Dauer?	Bewegung/ Sport:	
	Schlaf:	
	Entspannung:	

## Tägliche Mahlzeitengestaltung

Was, wann, wo, inkl. Getränke?	Typisches Frühstück:	
	Typisches Mittagessen:	
	Typisches Abendessen:	
	Typisches Snacking:	

Ich koche selbst

☐☐☐☐☐

Ich lasse kochen

☐☐☐☐☐

Ich esse außer Haus

☐☐☐☐☐

## Lebensmittelverzehr

☐ Ernährungsprotokoll vorhanden

Lebensmittelgruppe	Menge/ Portionen	Abneigungen/ Vorlieben/ Unverträglichkeiten
Gemüse und Hülsenfrüchte:		
Obst:		
Brot, Reis, Nudeln, Kartoffeln etc.:		
Nüsse, Samen, Öle und Fette:		
Fleisch, Wurst, Eier:		
Fisch, Meeresfrüchte:		
Milch und Milchprodukte:		
Süßwaren, Zucker und Snacks:		
Getränke:		