

Anamnesebogen Stammdaten (A1)

Stammdaten

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

Krankenkasse und behandelnder Arzt

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

Lebenssituation

<i>Familien-/ Lebenssituation:</i>										
<i>Berufliche Situation:</i>										
<i>Wohlfühlskala + aktuelle Stimmung:</i>	<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
<i>Körpergröße (m):</i>			<i>Körpergewicht (kg):</i>		
<i>BMI:</i>			<i>Bauchumfang (cm):</i>		

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ich lasse kochen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ich esse außer Haus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

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:		