



Anamnese-Fragebogen

1. Persönliche Angaben

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Beruf / Tätigkeit

Körpergröße / Gewicht

_____ cm / _____ kg

Bei minderjährigen Patientinnen/Patienten

Name Erziehungsberechtigte/r

Telefon / E-Mail

2. Hauptbeschwerden

1. _____ seit: _____
2. _____ seit: _____
3. _____ seit: _____
4. _____ seit: _____
5. _____ seit: _____

Wie stark beeinträchtigen Sie Ihre Beschwerden derzeit?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0 = gar nicht, 10 = sehr stark)

Mögliche Auslöser vor Beginn der Beschwerden

- | | |
|--|--|
| ☐ Infektion | ☐ Operation |
| ☐ starke Stressphase | ☐ psychische Belastung |
| ☐ Trauer / Verlust | ☐ Unfall / Verletzung |
| ☐ Schwangerschaft / Geburt | ☐ hormonelle Veränderung / Wechseljahre |
| ☐ Antibiotikabehandlung | ☐ Medikamentenwechsel |
| ☐ kein erkennbarer Auslöser | ☐ anderes: _____ |

3. Medikamente & Nahrungsergänzungsmittel

Aktuelle Medikamente

Bitte geben Sie auch regelmäßig eingenommene Bedarfsmedikamente an.

Medikament	Dosierung	Einnahmegrund

- ☐ Ich nehme derzeit keine Medikamente ein.

Nahrungsergänzungsmittel / Vitamine / Mineralstoffe / pflanzliche Präparate

Präparat	Dosierung	Grund der Einnahme

- | | |
|--|---|
| ☐ aufgrund einer Labordiagnostik empfohlen | ☐ ärztlich / therapeutisch empfohlen |
| ☐ selbst ausgewählt | ☐ unterschiedlich |
| ☐ Ich nehme derzeit keine Nahrungsergänzungsmittel ein. | |

4. Krankheitsgeschichte & bisherige Diagnostik

Bekannte Erkrankungen / Diagnosen

Operationen / Krankenhausaufenthalte (möglichst mit Jahr)

Bisherige Untersuchungen

- | | |
|---|--|
| ☐ Blutuntersuchungen | ☐ Stuhluntersuchung |
| ☐ Ultraschall | ☐ Magen-/Darmspiegelung |
| ☐ MRT / CT | ☐ Hormonuntersuchung |
| ☐ Schilddrüsendiagnostik | ☐ andere: _____ |

Welche Diagnosen wurden gestellt?

Welche Ärztinnen/Ärzte, Kliniken oder Therapeutinnen/Therapeuten wurden bereits aufgesucht?

Narben

- | | |
|--|---|
| ☐ keine auffälligen Narben | ☐ Narben nach Operationen / Verletzungen |
| ☐ Narben bereiten Beschwerden | |

Wo / welche?

Allergien & Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche?

Sind Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt oder werden diese vermutet? ☐ nein ☐ ja ☐ nicht sicher

- | | |
|--|--|
| ☐ Laktose | ☐ Fruktose |
| ☐ Histamin | ☐ Gluten / Weizen |
| ☐ andere: _____ | |

Welche Lebensmittel verursachen bei Ihnen Beschwerden?

5. Magen & Darm

Stuhlgang

- | | |
|---|-----------------------------------|
| ☐ mehrmals täglich | ☐ täglich |
| ☐ jeden 2. Tag | ☐ seltener |
| ☐ stark wechselnd | |

Stuhlkonsistenz

- | | |
|---|---|
| ☐ hart / Verstopfung | ☐ normal geformt |
| ☐ weich | ☐ breiig |
| ☐ Durchfall | ☐ wechselnd |
| ☐ fettig / schmierig | ☐ auffällig hell |
| ☐ auffällig dunkel | ☐ auffällig übelriechend |

Beschwerden

- | | |
|---|--|
| ☐ Blähungen | ☐ aufgeblähter Bauch |
| ☐ Bauchschmerzen / Krämpfe | ☐ Völlegefühl |
| ☐ Sodbrennen | ☐ Übelkeit |
| ☐ Aufstoßen | ☐ Durchfall |
| ☐ Verstopfung | ☐ Schleim im Stuhl |
| ☐ Blut im Stuhl | ☐ Gefühl unvollständiger Entleerung |
| ☐ Hämorrhoiden | |

Bekannte Erkrankungen

- | | |
|--|--|
| ☐ Reizdarm | ☐ Gastritis |
| ☐ chronisch-entzündliche Darmerkrankung | ☐ Divertikel / Divertikulitis |
| ☐ Zöliakie | ☐ Gallen-/Lebererkrankung |
| ☐ andere: _____ | |

Wurde bereits eine Stuhluntersuchung durchgeführt? ☐ nein ☐ ja

Wann? _____

Antibiotika in den vergangenen Jahren: ☐ keine ☐ selten ☐ mehrfach ☐ sehr häufig

Letzte Antibiotikaeinnahme: _____

6. Ernährung & Essverhalten

Wie ernähren Sie sich derzeit?

- | | |
|---|--|
| ☐ ausgewogen und abwechslungsreich | ☐ überwiegend gesund |
| ☐ verbesserungsfähig | ☐ sehr unregelmäßig |
| ☐ häufig unter Zeitdruck | ☐ häufig Fertiggerichte / stark verarbeitete Lebensmittel |
| ☐ vegetarisch | ☐ vegan |
| ☐ Low Carb | ☐ glutenfrei |
| ☐ laktosefrei | ☐ andere: _____ |

Typischer Tagesablauf

Frühstück - was und wann?

Mittagessen - was und wann?

Abendessen - was und wann?

Zwischenmahlzeiten / Snacks

Wie viele Mahlzeiten essen Sie normalerweise täglich? ☐ 1-2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ mehr als 4 ☐ sehr unterschiedlich

Essen Sie überwiegend zu regelmäßigen Zeiten? ☐ ja ☐ nein ☐ abhängig vom Alltag

Essverhalten

- | | |
|---|--|
| ☐ häufig Heißhunger | ☐ starkes Verlangen nach Süßem |
| ☐ häufiges Naschen | ☐ spätes Essen am Abend |
| ☐ Essen aus Stress | ☐ Essen aus Langeweile |
| ☐ Essen zur Belohnung | ☐ Essen ohne körperlichen Hunger |
| ☐ Mahlzeiten werden häufig ausgelassen | ☐ sehr schnelles Essen |
| ☐ Müdigkeit nach dem Essen | ☐ schnell wieder Hunger nach einer Mahlzeit |

Lebensmittel, auf die Sie nur schwer verzichten können

6. Ernährung & Essverhalten - Fortsetzung

Wie häufig essen Sie folgende Lebensmittel?

Lebensmittel	selten/nie	1-2x/Woche	mehrmals/Woche	täglich
Gemüse / Salat	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐
Vollkornprodukte	☐	☐	☐	☐
Hafer / Haferflocken	☐	☐	☐	☐
Hülsenfrüchte	☐	☐	☐	☐
Nüsse / Samen	☐	☐	☐	☐
Milchprodukte	☐	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐
Fleisch / Wurst	☐	☐	☐	☐
Weißmehlprodukte	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten	☐	☐	☐	☐
Fertiggerichte / Fast Food	☐	☐	☐	☐

Eiweißversorgung

- | | |
|--|---|
| ☐ Eier | ☐ Fisch |
| ☐ Fleisch | ☐ Milchprodukte / Quark / Joghurt |
| ☐ Hülsenfrüchte | ☐ Tofu / pflanzliche Eiweißquellen |
| ☐ Proteinprodukte / Proteinpulver | |

Achten Sie bewusst auf eine ausreichende Eiweißzufuhr? ☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

Trinken

Wie viel trinken Sie durchschnittlich pro Tag?

☐ unter 1 Liter ☐ 1-2 Liter ☐ über 2 Liter

- | | |
|--|--|
| ☐ Wasser | ☐ Mineralwasser |
| ☐ Kaffee: ____ Tassen täglich | ☐ Tee |
| ☐ Saft / Saftschorle | ☐ Softdrinks |
| ☐ Light-/Zero-Getränke | ☐ Energydrinks |

Alkohol: ☐ nie ☐ selten ☐ regelmäßig Rauchen: ☐ nein ☐ ja ☐ früher

6. Ernährung & Essverhalten - Fortsetzung

Beschwerden nach bestimmten Lebensmitteln

Treten nach dem Verzehr bestimmter Lebensmittel Beschwerden auf? ☐ nein ☐ ja

- | | |
|--|--|
| ☐ Blähungen | ☐ Bauchschmerzen |
| ☐ Durchfall | ☐ Verstopfung |
| ☐ Völlegefühl | ☐ Sodbrennen |
| ☐ Müdigkeit | ☐ Kopfschmerzen |
| ☐ Hautreaktionen / Juckreiz | ☐ Schwellungen |
| ☐ Herzklopfen / Unruhe | ☐ Atemwegsbeschwerden |
| ☐ andere: _____ | |

Gewicht & Stoffwechsel

Gewichtsentwicklung: ☐ weitgehend stabil ☐ Zunahme ☐ Abnahme ☐ starke Schwankungen

Veränderung ungefähr: _____ kg in _____ Monaten/Jahren

Haben Sie bereits versucht, Ihr Gewicht zu reduzieren? ☐ nein ☐ ja

Was haben Sie ausprobiert?

Was fällt Ihnen bei einer Ernährungsumstellung besonders schwer?

Ziele einer Ernährungsumstellung

- | | |
|---|---|
| ☐ Gewichtsreduktion | ☐ Gewicht halten |
| ☐ bessere Verdauung | ☐ mehr Energie |
| ☐ Verbesserung des Stoffwechsels | ☐ Unterstützung in den Wechseljahren |
| ☐ weniger Heißhunger | ☐ Verbesserung der Blutwerte |
| ☐ entzündungsärmere Ernährung | ☐ allgemein gesünder essen |
| ☐ anderes: _____ | |

7. Hormone - Zyklus - Wechseljahre

Zyklus

- | | |
|--|--|
| ☐ regelmäßiger Zyklus | ☐ unregelmäßiger Zyklus |
| ☐ keine Menstruation mehr | ☐ Gebärmutter entfernt |

Letzte Menstruation: _____

Beschwerden / Wechseljahre

- | | |
|--|--|
| ☐ Hitzewallungen | ☐ Nachtschweiß |
| ☐ Schlafstörungen | ☐ Stimmungsschwankungen |
| ☐ Reizbarkeit | ☐ Erschöpfung |
| ☐ Gewichtszunahme | ☐ Konzentrationsprobleme |
| ☐ Haarausfall | ☐ verminderte Libido |
| ☐ Herzklopfen | ☐ Gelenk-/Muskelschmerzen |

Hormonelle Verhütung / Hormonersatztherapie

- ☐ nein ☐ ja

Welche Präparate / Hormone nehmen Sie ein?

8. Schilddrüse & Stoffwechsel

Schilddrüse

- | | |
|--|--|
| ☐ Schilddrüsenunterfunktion | ☐ Schilddrüsenüberfunktion |
| ☐ Hashimoto-Thyreoiditis | ☐ Schilddrüsenknoten |
| ☐ Schilddrüsenoperation | ☐ keine bekannte Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ Sonstiges: _____ | |

Stoffwechsel

- | | |
|---|---|
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Insulinresistenz |
| ☐ erhöhte Blutfette | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ Fettleber | ☐ Gicht |
| ☐ keine der genannten Erkrankungen | |

Mögliche Beschwerden

- | | |
|--|--|
| ☐ Schwierigkeiten beim Abnehmen | ☐ Heißhunger |
| ☐ Frieren | ☐ starkes Schwitzen |
| ☐ Haarausfall | ☐ trockene Haut |
| ☐ Herzrasen | ☐ innere Unruhe |

9. Labor

Wurden in den letzten 12 Monaten Laboruntersuchungen durchgeführt?

☐ nein ☐ ja

Wann und wo?

Sind Ihnen auffällige Laborwerte oder Mängel bekannt?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche?

Liegen Ihnen aktuelle Laborbefunde vor?

☐ nein ☐ ja

Bitte bringen Sie vorhandene und für Ihre Beschwerden relevante Laborbefunde zum Termin mit.

10. Stress - Energie - Schlaf

Energie

Aktuelle Energie: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0 = völlig erschöpft, 10 = sehr energiegeladen)

Stressbelastung

Aktuelle Stressbelastung: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0 = keine, 10 = extrem)

- | | |
|---|---|
| ☐ häufig müde | ☐ morgens erschöpft |
| ☐ nachmittags besonders müde | ☐ innere Unruhe |
| ☐ Reizbarkeit | ☐ Konzentrationsprobleme |
| ☐ Gefühl der Überforderung | |

Schlaf

Durchschnittliche Schlafdauer: _____ Stunden

- | | |
|--|--|
| ☐ Einschlafprobleme | ☐ Durchschlafprobleme |
| ☐ häufiges Erwachen | ☐ Erwachen zwischen ca. 2 und 4 Uhr |
| ☐ nächtlicher Harndrang | ☐ Nachtschweiß |
| ☐ unruhige Beine | ☐ Zähneknirschen |
| ☐ morgens nicht erholt | |

11. Immunsystem, Infektionen & Impfungen

Allgemeine Infekte

Wie häufig leiden Sie unter Infekten?

☐ selten ☐ 1-3-mal jährlich ☐ häufiger ☐ nahezu ständig

☐ häufige Erkältungen

☐ Nebenhöhlenentzündungen

☐ Bronchitis

☐ Blasenentzündungen

☐ Pilzinfektionen

☐ wiederkehrender Herpes

☐ Pfeiffersches Drüsenfieber / EBV

☐ andere: _____

COVID-19-Infektionen

Hatten Sie bereits eine oder mehrere COVID-19-Infektionen?

☐ nein ☐ ja ☐ nicht sicher Anzahl ungefähr: _____

Erste Infektion: _____ letzte Infektion: _____

Gab es danach länger anhaltende Beschwerden? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche?

COVID-19-Impfungen

Anzahl: ☐ keine ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 oder mehr

Letzte COVID-19-Impfung ungefähr: _____

Auffällige oder länger anhaltende Beschwerden danach? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche?

Weitere Impfungen

Ist Ihr Impfstatus nach Ihrer Kenntnis vollständig? ☐ ja ☐ nein ☐ teilweise ☐ nicht bekannt

Welche Impfungen haben Sie in den letzten Jahren erhalten?

Letzte Impfung - welche und wann? _____

Auffällige oder länger anhaltende Reaktionen? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche?

12. Weitere Beschwerden

Kopf / Nervensystem

- | | |
|---|--|
| ☐ Kopfschmerzen | ☐ Migräne |
| ☐ Schwindel | ☐ Konzentrationsprobleme |
| ☐ Kribbeln / Taubheitsgefühl | ☐ Tinnitus / Ohrgeräusche |

Herz / Kreislauf

- | | |
|---|---|
| ☐ Herzrasen / Herzstolpern | ☐ hoher Blutdruck |
| ☐ niedriger Blutdruck | ☐ kalte Hände / Füße |
| ☐ Wassereinlagerungen | |

Haut / Haare / Nägel

- | | |
|--|---|
| ☐ Haarausfall | ☐ trockene Haut |
| ☐ Hautjucken | ☐ Ekzeme |
| ☐ Neurodermitis | ☐ Schuppenflechte |
| ☐ Akne / Hautunreinheiten | ☐ Pilzerkrankungen |
| ☐ brüchige Nägel | |

Bewegungsapparat

- | | |
|---|---|
| ☐ Rücken-/Nackenschmerzen | ☐ Verspannungen |
| ☐ Gelenkschmerzen | ☐ Muskelschmerzen |
| ☐ Bewegungseinschränkungen | ☐ rheumatische Beschwerden |

Zähne / Kiefer

- | | |
|--|---|
| ☐ wurzelbehandelte Zähne | ☐ Implantate |
| ☐ Parodontalerkrankungen | ☐ Zähneknirschen |
| ☐ Kiefergelenkbeschwerden | ☐ Amalgamfüllungen vorhanden |
| ☐ Amalgamfüllungen entfernt | |

Sonstige Besonderheiten

12. Weitere Beschwerden - Fortsetzung

Kinderkrankheiten / frühere Infektionskrankheiten

Welche der folgenden Erkrankungen haben Sie durchgemacht?

- | | |
|---|--|
| ☐ Masern | ☐ Mumps |
| ☐ Röteln | ☐ Windpocken |
| ☐ Keuchhusten | ☐ Scharlach |
| ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber | ☐ Sonstige: _____ |

Ungefähres Alter bzw. Jahr, falls bekannt

13. Geburt & frühe Kindheit

Wurden Sie gestillt? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Geburt: ☐ spontan / natürlich ☐ Kaiserschnitt ☐ andere Besonderheiten

Besonderheiten in Schwangerschaft, Geburt oder früher Kindheit

14. Familienanamnese

- | | |
|--|--|
| ☐ Diabetes / Insulinresistenz | ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ Schilddrüsenerkrankungen | ☐ Autoimmunerkrankungen |
| ☐ Allergien / Asthma | ☐ chronisch-entzündliche Erkrankungen |
| ☐ Darmerkrankungen | ☐ neurologische Erkrankungen |
| ☐ Krebserkrankungen | ☐ andere: _____ |

Welche Erkrankung und bei welchem Familienmitglied?

15. Was ist Ihnen noch wichtig?

Gibt es etwas, das für Ihre gesundheitliche Situation wichtig ist und bisher nicht angesprochen wurde?

Was wünschen Sie sich persönlich von der Behandlung?

Vorhandene Befunde

Bitte bringen Sie - soweit vorhanden - aktuelle und für Ihre Beschwerden relevante Laborbefunde, Arztberichte, Krankenhausberichte oder andere Untersuchungsergebnisse mit.

☐ Befunde vorhanden ☐ keine Befunde vorhanden

Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r
