

ANAMNESE

DEMOGRAPHISCHE DATEN

Vorname

Name

Anschrift

Land

Geburtsdatum

Geschlecht

Telefon

eMail

Bemerkung

PHYSIOLOGISCHE DATEN

Datum

Größe

Gewicht

Körperfettanteil in %

Allgemein:

Beruf

Behandelnder Arzt

Sind Sie Raucher?

Nichtraucher seit ___ gelegentlich ___ bis 20 Zigaretten pro Tag ___ mehr als 20 ___

1. Ernährung

1.1 Wie würden Sie Ihre Ernährungsweise beschreiben?

- ☐ mediterran
- ☐ vegetarisch
- ☐ Fast Food
- ☐ Mischkost
- ☐ andere Form

1.2. Wie viele Mahlzeiten essen Sie täglich?

- Frühstück _____
- Zwischenmahlzeit _____
- Mittagessen _____
- Zwischenmahlzeit _____
- Abendessen _____
- vor den Fernseher _____

1.3. Welche Essgewohnheiten oder Ernährungsmuster möchten Sie gerne ändern?

1.4. Wie viel Flüssigkeit nehmen Sie täglich zu sich?

	Liter/Tassen am Tag
Wasser mit Kohlensäure	
Stilles Wasser	
Kaffe	
Tee	
Säfte/Schorle	
Cola/Limo	
GELEGENTLICH	
Wein	
Bier	

	Liter/Tassen am Tag
Spirituosen	

1.5. Wie oft essen Sie folgende Produkte

	Nie	Selten	1 x pro Woche	Mehrmals pro Woche	Täglich
Obst					
Gemüse					
Salat					
Getreide/Brot					
Milchprodukte					
Eier					
Fleisch					
Wurst					
Fisch					
Käse					
Meeresfrüchte					

2. Bewegung

2.1. Wie oft treiben Sie pro Woche Sport oder bewegen sich intensiv?

- ☐ täglich
- ☐ Leistungssport
- ☐ 1-2 mal pro Woche
- ☐ 3-5 mal pro Woche

2.2. Welche Art von Bewegung bevorzugen Sie?

- ☐ Ausdauer
- ☐ Krafttraining

- ☐ Yoga
- ☐ Spaziergehen
- ☐ Bodybuilding

2.3. Verbringen Sie viel Zeit im Sitzen? Wenn ja, wie viele Stunden täglich?

2.4. Gibt es körperliche Einschränkungen, die Ihre Beweglichkeit beeinträchtigen?

2.5. Wünschen Sie Unterstützung bei der Entwicklung eines regelmäßigen Bewegungsplans?

3. Schlaf

3.1. Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?

3.2. Wie würden Sie die Qualität Ihres Schlafes bewerten?

- ☐ erholsam
- ☐ unruhig
- ☐ Schwierigkeiten beim Einschlafen
- ☐ Mehrmals wach

3.3. Leiden Sie unter Schlafstörungen oder Schlafmangel? Wenn ja, seit wann?

3.4. Haben Sie feste Schlafgewohnheiten oder -rituale?

- ☐ feste Schlafzeiten

- ☐ Vermeidung von Bildschirmen vor dem Schlafengehen)?
- ☐ Buch lesen

3. 5. *Fühlen Sie sich nach dem Aufwachen erholt und ausgeruht?*

4. Stressmanagement

4.1. *Wie würden Sie Ihr allgemeines Stressniveau einschätzen?*

- ☐ niedrig
- ☐ mittel
- ☐ hoch

4. 2. *Welche Situationen oder Faktoren lösen bei Ihnen häufig Stress aus?*

Beruf ____ Familie ____ Gesundheit ____ Aussehen ____

4.3. *Welche Strategien oder Methoden nutzen Sie zur Stressbewältigung*

Meditation ____ Entspannungsübungen ____ Hobbys ____ Auspowern ____

4.4. *Haben Sie das Gefühl, dass Sie ausreichend Zeit für sich selbst und Ihre Erholung haben?*

- ☐ Immer
- ☐ Selten
- ☐ Nie

4.5. *Wie wichtig ist es Ihnen, Unterstützung bei der Stressbewältigung zu erhalten?*

- ☐ sehr wichtig
- ☐ weniger wichtig
- ☐ nicht wichtig

5. Vorsorge

5.1. Gehen Sie regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen? Falls ja, welche und wie oft?

Vorsorgeuntersuchung	Ab wann	Zeit ungefähr/Wie oft
Gesundheits-Check-up	Ab 3 Jahre	
Krebsfrüherkennung/Abstrich	Ab 20 jährlich	
Krebsfrüherkennung/ Tastuntersuchung der Brust und Lymphknoten	Frauen ab 30	
Hautkrebs screening	Männer und Frauen ab 35, alle 2 Jahre	
Mammographie	Frauen 50-69, alle 2 Jahre	
verbogenes Blut in Stuhl	Männer und Frauen ab 50, alle 2 Jahre	
Früherkennung von Prostatakrebs	Männer ab 45, jährlich	
Darmspiegelung (Koloskopie)	Männer ab 50, alle 10 Jahre Frauen ab 55, alle 10 Jahre	
Zahnvorsorge	Ab 18, 2 mal jährlich	
Augenuntersuchung	Ab 40	
Osteoporose-Screening	Frauen ab 70 Männer ab 80 empfohlen bei Risikofaktoren wie >Knochenbrüche und familiäre Vorbelastung	
Aneurysma-Screening	Männer ab 65	
Andere	Je nach individuellen Risikofaktoren	

5.2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, welche?

Präparat	Tägliche Dosis	Einnahme Zeitraum	Andauert

5.3. Nehmen sie Mineralien, Vitamine in Form von Tabletten ein?

	1 pro Woche	täglich	Menge
Magnesium			
Omega 3			
Zink			
Biotin			
Vitamin E			
Vitamin A			
Q10/UBIKINOL			
Calcium			
Vitamin K2			
Bor			
Vitamin C			
Vitamine B12			
Vitamine B6			
B9/Methylofolat			
Vitamin B2			
Vitamin B3			
Vitamin B1			
Mangan			
Aminosäuren (Lysin, Arginin, Metionin, Prolin			
Kupfer			
Jod			
Selen			
Chrom			
Andere			

5.4 Nehmen Sie Hormone ein?

Präparat	Tägliche Dosis	Einnahme Zeitraum	Andauert

6. Gesundheit

6.1. Sie leiden unter:

- ☐ Allergien (Welche)
- ☐ Amalgam
- ☐ Arthritis
- ☐ Arthrose
- ☐ Asthma bronchiale
- ☐ Blutdruckprobleme
- ☐ Bronchitis, chronisch
- ☐ Cellulite
- ☐ Cholesterin
- ☐ Depressionen
- ☐ Diabetes
- ☐ Energielosigkeit
- ☐ Gicht
- ☐ Haarprobleme
- ☐ Hautprobleme
- ☐ Heuschnupfen
- ☐ Herpeserkrankungen
- ☐ Herz- Kreislauferkrankungen
- ☐ Infektanfälligkeiten
- ☐ Konditionmangel
- ☐ Konzentrationsstörungen
- ☐ Krebs_____
- ☐ Lebererkrankungen
- ☐ Lungenprobleme_____
- ☐ Magen -Darmprobleme
- ☐ Menstruationsbeschwerden
- ☐ Menopausebeschwerden
- ☐ Migräne, Kopfschmerzen
- ☐ Morbus Crohn

- ☐ Nahrungsmittelallergie (Welche?)
- ☐ Neurologische Krankheiten
- ☐ Nierenfunktionsstörung
- ☐ Osteoporose
- ☐ Prostataerkrankungen
- ☐ Schilddrüsenprobleme
- ☐ Stoffwechselerkrankungen
- ☐ Vergesslichkeit
- ☐ Zöliakie

6.2. Gab es in Ihrer Familie bestimmte Erkrankungen, die vererbt sein könnten? (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes)

6.3. Haben Sie in der Vergangenheit längere Zeit krankheitsbedingt gefehlt (z. B. durch Burnout, Depression, körperliche Beschwerden)?

6.4. Fühlen Sie sich in Ihrer allgemeinen körperlichen Verfassung wohl oder sehen Sie Verbesserungspotenzial? 7. Soziale Beziehungen

7. Verdauung

7.1 Wie fühlen Sie sich nach dem Essen?

- ☐ energiegeladen
- ☐ neutral / unverändert
- ☐ eher müde oder schlapp
- ☐ stark erschöpft / „Nebel im Kopf“

7.2 Haben Sie nach Mahlzeiten Verdauungsbeschwerden?

- ☐ nein
- ☐ gelegentlich
- ☐ regelmäßig
- ☐ fast nach jeder Mahlzeit

Falls ja (Mehrfachauswahl möglich):

- ☐ Blähungen
- ☐ Völlegefühl
- ☐ Druck im Oberbauch
- ☐ Aufstoßen / Sodbrennen

7.3 Wie ist Ihr Stuhlgang überwiegend?

- ☐ regelmäßig & geformt
- ☐ eher hart / Verstopfung
- ☐ eher weich / Durchfall
- ☐ wechselnd

Zusätzlich (falls zutreffend):

- ☐ Blähungen
- ☐ übler Geruch
- ☐ fettig / schmierig
- ☐ Gefühl unvollständiger Entleerung

7.4 Gibt es Lebensmittel, die Sie schlecht vertragen?

- ☐ nein
- ☐ ja, vereinzelt
- ☐ ja, mehrere

Wenn ja, welche (optional):

- ☐ Milchprodukte
- ☐ Zucker / Süßes
- ☐ Brot / Weizen
- ☐ Fettiges
- ☐ Sonstiges: _____

7.5 Wie reagieren Sie auf fettreiche Mahlzeiten?

- ☐ sehr gut
- ☐ eher schwer / träge
- ☐ Blähungen oder Druckgefühl
- ☐ meide ich bewusst

7.6 Wie häufig treten Verdauungsprobleme insgesamt auf?

- ☐ selten
- ☐ mehrmals pro Woche
- ☐ täglich
- ☐ seit Jahren / chronisch

7. Soziale Beziehungen

7.1. Haben Sie ein stabiles soziales Umfeld?

- ☐ Familie
- ☐ Freunde
- ☐ Arbeitskollegen

7.2. Wie würden Sie die Qualität Ihrer sozialen Beziehungen beschreiben?

- ☐ gut/konstant
- ☐ konfliktbeladen
- ☐ distanziert

7.3. Wie häufig pflegen Sie Ihre sozialen Kontakte?

- ☐ täglich
- ☐ mehrmals pro Woche
- ☐ selten

7.4. Erleben Sie häufig Konflikte in Ihren sozialen Beziehungen? Wenn ja, was sind häufige Ursachen?

Bemerkungen und ergänzende Informationen:

Datenschutz

Die hier erhobenen Informationen werden streng vertraulich behandelt und dienen ausschließlich der Gesundheitsberatung und -förderung in Ihrer Praxis Vitalytix.

Dieser Fragebogen kann an individuelle Bedürfnisse und Ziele der Klienten angepasst werden, um eine gezielte und umfassende Gesundheitsberatung zu ermöglichen.