Anamnesebogen e-scan Stoffwechsel – Test

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: ◯ weiblich ◯ männlich ◯ divers

Tel.: _____

E-Mail: _____

Rauchen Sie?

◯ Nichtraucher, seit _____ Jahren ◯ gelegentlich ◯ bis 20 Zigaretten ◯ mehr als 20 ◯

Treiben Sie Sport?

◯ gelegentlich ◯ 1 X wöchentlich ◯ 2-3 x wöchentlich ◯ täglich ◯ Leistungssport

Welche Sportart/en?

_____

_____

Wie fühlen sie sich selbst?

◯ übergewichtig ◯ normalgewichtig ◯ untergewichtig

Wie Groß sind Sie? _____ Kg Wieviel weigen Sie? _____ Kg

Woran liegt das Ihrer Meinung nach?

◯ zu viele Kalorien ◯ zu viel Süßigkeiten ◯ häufige Geschäftsessen ◯ unregelmäßiges Essen

◯ zu viel Fett ◯ Essstörungen ◯ Kantinenessen ◯ zu wenige Mahlzeiten

◯ Zu wenig Kalorien ◯ Alkohol ◯ Anlage

Wollen Sie abnehmen? ◯ Wieviel? _____ Wollen Sie zunehmen? ◯ Wieviel? _____

Machen Sie zurzeit eine Diät? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, welche?

_____

Wie häufig konsumieren Sie folgende Lebensmittel?

	nie	selten	1 x / Wo	mehrmals/Wo	täglich
Obst	◯	◯	◯	◯	◯
Gemüse	◯	◯	◯	◯	◯
Salat	◯	◯	◯	◯	◯
Getreide/ Brot	◯	◯	◯	◯	◯
Milchprodukte	◯	◯	◯	◯	◯
Eier	◯	◯	◯	◯	◯
Fleisch	◯	◯	◯	◯	◯
Wurst	◯	◯	◯	◯	◯
Fisch	◯	◯	◯	◯	◯
Käse	◯	◯	◯	◯	◯
Meeresfrüchte	◯	◯	◯	◯	◯

Was trinken Sie?

Täglich		Tassen / Liter
Kaffee	◯	_____
Tee	◯	_____
Säfte / Schorle	◯	_____
Wasser mit Gas	◯	_____
Wasser still	◯	_____
Wein	◯	_____
Bier	◯	_____
Spirituosen	◯	_____

Schildern Sie Ihre täglichen Essgewohnheiten / Beispiel - Tag

Frühstück

_____

_____

_____

Zwischenmahlzeit

_____

_____

_____

Mittag

_____

_____

_____

Zwischenmahlzeit

_____

_____

_____

Abend

_____

_____

_____

Sonstiges

_____

_____

Wieviele Mahlzeiten essen Sie pro Tag und wievile davon sind warm?

_____

Haben Sie gesundheitliche Probleme? Wenn ja, welche?

_____

_____

_____

_____

_____

Verdauung

Leiden Sie unter Duchfall? ◯ Verstopfung? ◯ Blähungen? ◯

Sonstige Verdauungsprobleme

_____

_____

_____

Medikamente

Welche Medikamente, Vitamin-, Pflanzen-, Hormonpräparate oder Supplemente nehmen Sie ein?

_____

_____

_____

_____

_____

Nehmen Sie Hormonpräparate wie z.B. „die Pille“ ein?

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie Fremdstoffe im Körper?

_____

Angaben zu Ihrer persönlichen Stresssituation

Mein beruflicher Faktor ist	niedrig ◯	mittel ◯	hoch ◯
Mein privater Faktor ist	niedrig ◯	mittel ◯	hoch ◯

Neigen Sie zu Schlafstörungen?

Ich wache häufig auf	◯	ich kann nicht einschlafen	◯
Ich habe einen unruhigen Schlaf	◯	ich habe belastende Träume	◯

Wie fühlen sie sich emotional?

_____

Zusammenfassung der wichtigsten Ziele

_____

_____

_____

Was haben Sie bereits unternommen, um diese Ziele zu erreichen?

_____

_____

_____