



## Anamnesebogen

Dies ist Ihr Anamnesebogen, den Sie bitte vor Ihrem ersten Termin ausfüllen müssen.

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und für die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes verwendet. Bitte versuchen Sie, dieses Formular so genau wie möglich auszufüllen. Nehmen Sie sich dafür Zeit und füllen Sie es sorgfältig und gründlich aus. Bitte überprüfen Sie anschließend, ob Sie alle Fragen beantwortet und nichts ausgelassen haben.

Falls Sie Fragen oder Bedenken haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

### Personenbezogene Daten

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht:
E-Mail:	Telefon:
Versicherung:	Adresse:
Größe:	Alter:
Gewicht:	Allergien:
Beruf:	

### Nennen Sie Ihre Hauptanliegen?

Longevity	Burnout
Gesundheitsoptimierung	Wechseljahre
Gewichtsoptimierung	Kinderwunsch
Schlaf	Long Covid
Sonstige:	

Rauchen Sie?  Nein, noch nie.  Ja ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag.

Nichtraucher seit \_\_\_\_\_

Alkoholkonsum  nie  einmal die Woche  2-3 / Woche  häufiger



## Krankengeschichte

Sind bei Ihnen bereits Diagnosen bekannt?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Demenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Thrombose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Parkinson	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hörsturz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tinnitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	EBV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Borreliose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herpes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Autoimmunerkrank.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

## Symptome

Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haarausfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hautprobleme (Akne, Ausschläge, ...)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Muskuloskelettale Beschwerden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schnelle Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## CORONA

Sind Sie gegen Corona geimpft worden?  ja  nein

Hatten Sie eine Corona-Infektion?  ja  nein

wenn ja  leicht  schwer  Restprobleme



## Zahnstatus

Tragen Sie aktuell Amalgamfüllungen?  ja  nein

Hatten Sie früher Amalgamfüllungen?  ja  nein

Haben Sie Wurzelfüllungen / tote Zähne?  ja  nein

Fehlende Zähne?  ja, \_\_\_\_\_ Stck  nein

Tragen Sie Implantate? nein  ja  aus folgendem Material: \_\_\_\_\_

Haben Sie überkruste Zähne? nein  ja  aus folgendem Material: \_\_\_\_\_

## Schlaf

Wie würden Sie Ihren aktuellen Schlafqualität auf einer Skala von 1-10 einstufen?

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ 10

sehr schlecht sehr gut

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich? \_\_\_\_\_ h

Wann gehen Sie schlafen? \_\_\_\_\_ h

Schlafen Sie die Nacht durch?  ja  nein

Haben Sie Schwierigkeiten beim Einschlafen?  ja  nein

Schnarchen Sie im Schlaf?  ja  nein

Leiden Sie unter nächtlichem Zähneknirschen / oder Pressen?  ja  nein

## Stress

Wie würden Sie Ihr derzeitiges Stresslevel auf einer Skala von 1-10 einschätzen?

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ 10

sehr gering sehr hoch



Fühlen Sie sich oft gestresst oder unausgeglichen?

ja  nein

Können Sie sich in ruhigen Momenten entspannen?

ja  nein

Können Sie manchmal einfach nicht aufhören zu denken?

ja  nein

Welche dieser Aussagen trifft auf Sie zu?

Meine Konzentration war früher besser

ja  nein

Ich bin (sehr) leicht ablenkbar

ja  nein

Ich habe oft Wortfindungsstörungen

ja  nein

Meine Stimmung ist oft wechselhaft („himmelhochjauchzend, zu Tode betrübt“)

ja  nein

Erleben Sie oft eine schnelle Erschöpfung bei Anstrengung?

ja  nein

Verspüren Sie regelmäßig Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit?

ja  nein

## Ernährung

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

nein  ja, seit \_\_\_\_\_

Pesco-Vegan  Vegan

Carnivor  Vegetarisch

andere: \_\_\_\_\_

Fleisch/ Woche 1 2-4  >4

Wie viel trinken Sie am Tag? Wasser: \_\_\_\_\_ Liter Andere: \_\_\_\_\_ Liter

Welche der folgenden Getränke trinken Sie täglich?

Kaffee  Tee  Fruchtsäfte  Süßgetränke  alkoholische Getränke

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie täglich zu sich? 1 / 2 / 3

Zwischenmahlzeiten/Snacks 0 / 1-3 / >3

Süßigkeiten

ja  nein

Haben Sie Heißhungerattacken?

ja  nein

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen nicht gut bekommen?

Milchprodukte  .....

Welche Symptome treten dann auf?

Kochen Sie frisch?  kaum/wenig  einmal die Woche  öfters die Woche

Wie ist Ihr Appetit?  kaum/wenig  mittelmäßig  eigentlich ständig

In den letzten 3 Jahren habe ich ca. \_\_\_\_\_ kg zugenommen / abgenommen / mein

Körpergewicht ist konstant  ja  nein

Möchten Sie Ihr Körpergewicht verändern?  ja  nein

#### TAGESROUTINE (75% DER ZEIT)

Wann stehen Sie auf? \_\_\_\_\_

Wann frühstücken Sie? \_\_\_\_\_

Was frühstücken Sie? \_\_\_\_\_

Was trinken Sie zum Frühstück? \_\_\_\_\_

Wann essen Sie zu Abend? \_\_\_\_\_

Was essen Sie zu Abend? \_\_\_\_\_

#### Leistungsfähigkeit / Sport

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich aktuell auf einer Skala von 1 bis 10?

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ 10  
gar nicht sehr gut

In welchem Alter verspürten Sie zuletzt Ihre volle Leistungsfähigkeit?

Zu welcher Tageszeit sind sie am leistungsfähigsten?

Morgen  Vormittag  Mittag  Nachmittag  Abend  Nacht

Zu welcher Tageszeit haben sie einen Leistungsknick?

Morgen  Vormittag  Mittag  Nachmittag  Abend  Nacht

### Sexualanamnese

Haben Sie Kinder?  nein  ja, wie viele? \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen aktuell ein Kinderwunsch?  ja  nein

Würden Sie Ihre Libido als normal bezeichnen?  ja  nein

Wie ist Ihre Libido im Vergleich zu vor 5J?  geringer  schlechter  besser

### Toxinbelastungen

Schwermetalle? \_\_\_\_\_

Holzschutzmittel? \_\_\_\_\_

Bakterien/Viren? \_\_\_\_\_

Kunststoffe? \_\_\_\_\_

Pestizide? \_\_\_\_\_

Schimmelpilze? \_\_\_\_\_

Sonstiges? \_\_\_\_\_

### Verwendung von Wearables/Trackern

Ring? \_\_\_\_\_

Armband? \_\_\_\_\_

Uhr? \_\_\_\_\_

## Medikamentenplan / Nahrungsergänzungsmittel

Sollten Sie bereits einen Medikamentenplan oder aktuelle (Labor-) Befunde besitzen, kann diese Liste gerne durch Ihren Plan im Anhang ersetzt werden.