

Datum:

**Erstanamnese**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_

Aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_

Gewicht mit ca. 20 Jahren \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

Nein  Ja (Wieviele Zigaretten ca. pro Tag?) \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen oder einem Familienangehörigen eine oder mehrere Erkrankung festgestellt?

- Diabetes Mellitus    Typ I    Typ II
  - Bei Ihnen, seit wann? \_\_\_\_\_ Bei einem Familienangehörigen \_\_\_\_\_
- Erhöhte Blutfettwerte
  - Bei Ihnen, seit wann? \_\_\_\_\_ Bei einem Familienangehörigen \_\_\_\_\_
- Erhöhter Blutdruck
  - Bei Ihnen, seit wann? \_\_\_\_\_ Bei einem Familienangehörigen \_\_\_\_\_
- Erkrankung der Schilddrüse
  - Bei Ihnen, seit wann? \_\_\_\_\_ Bei einem Familienangehörigen \_\_\_\_\_
- Herzerkrankungen
  - Bei Ihnen, seit wann? \_\_\_\_\_ Bei einem Familienangehörigen \_\_\_\_\_
- Metabolisches Syndrom
  - Bei Ihnen, seit wann? \_\_\_\_\_ Bei einem Familienangehörigen \_\_\_\_\_
- Nahrungsmittel unverträglichkeiten/ Nahrungsmittelallergien
  - Bei Ihnen, seit wann? \_\_\_\_\_ Bei einem Familienangehörigen \_\_\_\_\_
- Übergewicht / Untergewicht
  - Bei Ihnen, seit wann? \_\_\_\_\_ Bei einem Familienangehörigen \_\_\_\_\_
- Erkrankung der Verdauungsorgane (Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber)
  - Bei Ihnen, seit wann? \_\_\_\_\_ Bei einem Familienangehörigen \_\_\_\_\_
- Sonstige Erkrankungen
  - Bei Ihnen, seit wann? \_\_\_\_\_ Bei einem Familienangehörigen \_\_\_\_\_

Platz für sonstige Beschwerden?

---



---



---



---



---



---



---

Nehmen Sie Medikamente?

---



---



---

Wie sind Ihre Essgewohnheiten

Welche Mahlzeiten Essen Sie?

- Frühstück
- 2. Frühstück
- Mittag
- Kaffee
- Abendbrot

Essen Sie regelmäßig?

- Ja
- Nein

Wo essen Sie?

- Zuhause, allein
- Zuhause, mit Partner/Familie
- Am Arbeitsplatz
- In der Kantine
- Am Imbiss
- Im Restaurant
- Im Auto/ Bahn/Bus

Essen Sie nach einer speziellen Kostform (Vegetarier, low Carb, etc.)?

---

---

---

Wieviel Bewegung haben Sie?

\_\_\_ Min. /Std. bei der Arbeit

\_\_\_ Min./Std. nach Feierabend

\_\_\_ Min./Std. am Wochenende

Wieviel Sport treiben Sie in der Woche

Welche Sportart betreiben Sie?

---

Wieviele Tage in der Woche?

---

Wie lang dauert eine Sporeinheit(Min.)?

---

Ziele:

- Gewichtsveränderung
- Verbesserung der Leistungsfähigkeit
- Verbesserung des Wohlbefindens
- Verbesserung des Aussehens
- Verbesserung der Gesundheit
- Reduzierung von Schmerzen
- chronische Krankheiten reduzieren
- Ernährung umstellen
- Sonstiges

Bisherige Maßnahmen das gewünschte Ziel zu erreichen?

---

---

---

---

---