Anamnesebogen Ernährungsmedizin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Um Ihnen individuell helfen zu können, nehmen Sie sich bitte einen Augenblick Zeit für den folgenden Fragebogen. Alle Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollte der vorhandene Platz für Ihre Antwort nicht ausreichen, nutzen Sie gern den Platz auf der Rückseite des Formulars. **Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname:** | | | |
| **Adresse:** | | | |
| **Tel.:** | | **Mobil:** | |
| **E-Mail-Adresse:** | | | |
| **Geb.-Datum:** |  | **Familienstand:** |  |
| **Körpergröße:** |  | **Aktuelles Gewicht:** |  |
| **Niedrigstes  (Erwachsenen-)Gewicht:**  **… das war vor?**  **… über welchen Zeitraum?** | | **Höchstes  (Erwachsenen-)Gewicht:**  **… das war vor?**  **… über welchen Zeitraum?** | |
| **Derzeitige Berufstätigkeit (Wochenarbeitszeit?)** | | | |
| **Was sind Ihre Hobbies und wieviel Zeit verbringen Sie damit pro Woche?** | | | |
|  | | | |
| **Treiben Sie Sport? Welche Sportarten betreiben Sie? Wie oft und wie lange pro Woche?** | | | |
|  | | | |
| **Können Sie sich vorstellen sich sportlich zu betätigen? Wie und wieviel?** | | | |
|  | | | |
| **Möchten Sie physiotherapeutisches Coaching (Selbstzahlerleistung)?** | | | **Ja - Nein** |
| **Bestehen bei Ihnen Erkrankungen? Bestehen Risikofaktoren für Erkrankungen (familiäre Erkrankungen, Rauchen, Bewegungsmangel, Stress)?** | | | |
|  | | | |
| **Haben Sie Verdauungsprobleme?** | | | |
|  | | | |
| **Wie gut schlafen Sie? Haben Sie Schlafprobleme?** | | | |
|  | | | |
| **Nehmen Sie Medikamente ein? Welche?** | | | |
|  | | | |
| **Anzahl früherer Diätversuche? Welche Diäten? Haben Sie Hilfsmittel verwendet?** | | | |
|  | | | |
| **Was fiel Ihnen an früheren Versuchen der Gewichtsreduktion leicht?** | | | |
|  | | | |
| **Was fiel Ihnen an früheren Versuchen der Gewichtsreduktion schwer?** | | | |
|  | | | |
| **Bitte beantworten Sie folgende Fragen, indem Sie Zutreffendes ankreuzen:**   1. **Obwohl ich schon satt bin, esse ich manchmal weiter.** 2. **Wenn ich mich einsam fühle, tröste ich mich mit Essen.** 3. **Wenn ich traurig bin, tröste ich mich mit Essen.** 4. **Wenn ich mich ärgere, esse ich mehr als gewöhnlich.** 5. **Wenn ich nervös bin, esse ich mehr.** 6. **Ablehnung durch andere Menschen gleiche ich durch Essen aus.** 7. **Werde ich kritisiert, esse ich mehr.** 8. **Ich kenne Essanfälle, bei denen ich mit dem Essen nicht mehr aufhören kann.** 9. **Essanfälle habe ich heimlich. Keiner weiß davon.** | | | |
| **Sind Sie an unterstützender Akupunktur interessiert?** | | | **Ja - Nein** |
| **Sind Sie an naturheilkundlicher Unterstützung interessiert?** | | | **Ja - Nein** |
| **Sind Sie an psychotherapeutischer Unterstützung interessiert? (jeweils Selbstzahlerleistung)** | | | **Ja - Nein** |

**Bitte kreuzen Sie an:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **In den letzten Wochen…** | **Die ganze Zeit** | **Meistens** | **Etwas mehr als die Hälfte der Zeit** | **Etwas weniger als die Hälfte der Zeit** | **Ab und zu** | **Zu keinem Zeitpunkt** |
| **war ich froh und guter Laune** |  |  |  |  |  |  |
| **habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt** |  |  |  |  |  |  |
| **habe ich mich energisch und aktiv gefühlt** |  |  |  |  |  |  |
| **habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt** |  |  |  |  |  |  |
| **war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren** |  |  |  |  |  |  |
| **Meine Lieblingsbeschäftigung ist …** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Was ich gar nicht gern mache ist …** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Mein Ziel ist …** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Um mein Wunschgewicht zu erreichen, würde ich …** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Können Sie sich vorstellen, Mahlzeiten durch Eiweißgetränke zu ersetzen?** | | | | | | |
|  | | | | | | |

**Ein paar Fragen zu Ihrer Motivation:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Welche Aussage beschreibt Ihre aktuelle Einstellung zur Ernährungsumstellung am besten? (Bitte ankreuzen)** | | | | | | | | | |
| 1. **Ich sehe keinen Anlass, mein Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu ändern.** 2. **Ich habe vor in nächster Zeit mein Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu verändern.** 3. **Ich habe in den letzten sechs Monaten ab und an einige Änderungen ausprobiert.** 4. **Ich ernähre und bewege mich seit mehr als einem halben Jahr konsequent anders als zuvor.** | | | | | | | | | |
| **Wie wichtig ist Ihnen persönlich die Ernährungsumstellung ausgedrückt in Prozent? (Bitte ankreuzen)** | | | | | | | | | |
| 1. **Unter 50 % (weniger wichtig)** 2. **40 – 60 % (wichtig)** 3. **50 – 70 % (sehr wichtig)** | | | | | | | | | |
| **Warum möchten Sie Ihre Ernährung umstellen? (Bitte ankreuzen)** | | | | | | | | | |
| 1. **Weil mein Arzt/Familie/Freund/Chef/Partner mich darum bittet.** 2. **Weil mir immer bewusster wird, dass es so nicht mehr weitergeht.** | | | | | | | | | |
| **Was sind Sie bereit dafür zu tun? (Bitte ankreuzen)** | | | | | | | | | |
| 1. **Am liebsten würde ich meine Ernährung umstellen ohne meine Lebensgewohnheiten groß umstellen zu müssen.** 2. **Ich bin bereit meine Lebensgewohnheiten zu ändern, auch wenn es mir nicht leicht fällt.** | | | | | | | | | |
| **Schätzen Sie bitte auf einer Zehnerskala Ihre Bereitschaft ein, dauerhaft Ihre Lebensgewohnheiten umzustellen. (Bitte ankreuzen)** | | | | | | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |

**Mir ist bewusst, dass ich durch die Beratung Hilfe zur Selbsthilfe erhalte. Die Beratung wird mich unterstützen, Veränderungen bewusst, zielgerichtet und dauerhaft selbst zu verwirklichen und meine Ziele zu erreichen.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Datum und Unterschrift Patientin/Patient**