

Bianca Jagasich, Heilpraktikerin
Nelkenstr. 8
73061 Ebersbach an der Fils
07163/1290020
hp-bianca.jagasich@hotmail.com



BIANCA
JAGASICH
Heilpraktikerin

Traditionelle
Europäische
Naturheilkunde

Anamnesebogen Gewichtsreduktion

Füllen Sie diesen Anamnesebogen bitte sorgfältig und soweit es Ihnen möglich ist aus. Er dient als Grundlage Ihrer Untersuchung, Diagnose und Behandlung und zur Vermeidung evtl. Risiken und Nebenwirkungen von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Sollte der Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte einen zusätzlichen Bogen.

Patientendaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Familienstand:

Kinder:

Alter:

Versicherung:

Beruf:

Hauptberuf:

Arbeitszeit in h pro Tag:

Tage pro Woche:

Schichtdienst:

Körperdaten

Gewicht:

Größe:

Taillenumfang:

Hüftumfang:

Blutdruck:

Ruhepuls:

Blutwerte (soweit bekannt)

Gesamtcholesterin: HDL: LDL:

HDL/LDL-Quotient: Triglyceride:

Blutzucker: HBA1c: Harnsäure:

Medikamenteneinnahme:

Welche: Dosierung:

Seit wann:

Diäterfahrung:

Wie oft, welche Diäten, mit welchem Erfolg?

Gründe für Wunsch nach Gewichtsreduktion:

Persönliches Ziel

Wunschgewicht: Zeitraum:

Zwischenziele:

Körperfunktionen

Schlaf: Einschlafprobleme: Durchschlafprobleme:

Schnarchen: ja nein unbekannt

Durst: Appetit:

Abneigung gegen bestimmte Lebensmittel (Fleisch, Fett usw.):

Wie gehen Sie mit Hunger um?

Können Sie auf bestimmte Nahrungsmittel im Rahmen der Gewichtsreduktion ganz verzichten (Süßigkeiten usw.) oder möchten Sie lieber reduzieren?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel (Vitamin-, Mineralstoffpräparate) ein?

Trinkverhalten:

Wie viel trinken Sie am Tag (in l)?

Welche Getränke?

Wie oft trinken Sie Alkohol?

___am Tag

___in der Woche

Welchen?

Nikotinkonsum

Rauchen Sie? ja/nein

___am Tag

___in der Woche

zu welchen Gelegenheiten?

Haben Sie früher geraucht? ja/nein

Wie lange?

Wie viel?

Seit wann sind Sie Nichtraucher?

Sport/Bewegung

Art des Sports:

Stunden /Einheiten pro Tag:

Tage pro Woche:

Ausübung von Entspannungsverfahren (Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training, Meditation, Yoga):

Stunden/Einheiten pro Tag:

Tage pro Woche:

Sonstige Bewegung:

Stunden/Einheiten/Tag:

Tage pro Woche:

Privatleben

Hobbies:

Belastende Situationen (Familie, Freundeskreis, Arbeitsplatz):

Wie gehen Sie mit Stress um?

Wie belohnen Sie sich für Erfolge?

Aktuelle Beschwerden

Krankheitsgeschichte

Operationen/Krankenhausaufenthalte:

Herz-Kreislaufkrankungen:

Atemwegserkrankungen:

Stoffwechsel- und Hormonerkrankungen (Gicht, Diabetes I/II, Fettstoffwechsel, Schilddrüse):

Erkrankungen der Verdauungsorgane (Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse):

Nieren- und Harnwegerkrankungen:

Bewegungsapparat (Rheuma, Arthrose, Gelenkerkrankungen, Wirbelsäulenerkrankungen,

Verspannungen, Schmerzen, Tennisellenbogen):

Krebserkrankungen:

Allergien:

Hauterkrankungen (Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme, Wundheilungsstörungen, Pilzkrankungen, Narben, Juckreiz):

Arme/Beine (Verletzungen, Krampfadern, Zittern, Zuckungen, Missempfindungen, Kribbeln, Taubheitsgefühle, kalte Hände/Füße, Operationen):

Infektionskrankheiten (incl. Kinderkrankheiten):

Impfungen/Impfreaktionen:

Zahn-/Kiefererkrankungen:

Psychische Erkrankungen:

Weitere Gesundheitseinschränkungen: (bitte unterstreichen und/oder ergänzen)

Konzentrationsmangel, Vergesslichkeit, Unkoordiniertheit, Unausgeglichenheit, Verwirrtheit, Reizbarkeit, Alpträume, Kopfschmerzen, Migräne, Schwindelgefühle, Heißhungeranfälle, Erschöpfung, Müdigkeit, kalter Schweiß, Schweißausbrüche, Herzklopfen, Panikanfälle, Niedergeschlagenheit, Angstgefühle

Weibliche Patienten

Erste Regelblutung:

Letzte Regelblutung:

Klimakterium:

Zyklus:

Regelblutung (normal, schwach, verstärkt, Zwischenblutungen):

Schwangerschaften/ Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche:

Verhütungsmethoden:

Beschwerden/Erkrankungen (PMS, Wechseljahresbeschwerden, Krebserkrankungen):

Männliche Patienten

Urogenitalbereich (Prostatabeschwerden, -erkrankungen, Erkrankungen der Genitalien, Beschwerden beim Wasserlassen):

Familienanamnese

Krankheiten in der Familie s.o.:

Was:

Wer:

Datum/Unterschrift

Bringen Sie den ausgefüllten Bogen bitte zur Erstuntersuchung mit.