

Reha+fit e.V.  
 Frohmestraße 11h (Bornkasthof)  
 22457 Hamburg  
 Tel.: 040 / 57 20 40 10  
 Fax: 040 / 57 20 40 12  
 Mail: info@rehaplusfit.de



Zentrum für Rehabilitation,  
 Prävention und Gesundheit

# Anamnese Ernährungsberatung

Name:	Vorname: Titel:
Straße:	PLZ, Ort:
Telefon:	Mobil:
Email-Adresse:	
Beruf:	Hausarzt:  Krankenkasse:
<b>Ihre Körperdaten auf einen Blick</b>	
Geburtsdatum ____ . ____ . ____	Alter ____ Jahre
Körpergröße _____ m Gewicht _____ kg Bauchumfang _____ cm Körperfett _____ %	Nur für Übergewichtige: Seit wann sind Sie übergewichtig? <input type="radio"/> Seit dem Kindesalter <input type="radio"/> Als Jugendlicher <input type="radio"/> Als Erwachsener
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	
Datum:	Unterschrift:

**Bitte senden Sie uns den Anamnesebogen zu oder geben ihn in unserer Einrichtung ab.**

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!

① **Erkrankungen:**

Sie beeinflussen mein Gewicht und meine Gesundheit.

- Insulinresistenz " Diabetes  
Typ \_\_\_\_
- Schilddrüsenunterfunktion
- Bluthochdruck
- erhöhte Harnsäure

- Fettstoffwechselstörungen
- Fettleber
- PCO
- andere Erkrankungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

② **Familienanamnese:** Unsere Gene geben den Ton an.

" In meiner Familie existiert/e Übergewicht. Wer ist/war betroffen?  
\_\_\_\_\_

In meiner Familie existiert/en eine oder mehrere ernährungsabhängige Erkrankung/en.

Wer ist/war betroffen? \_\_\_\_\_

Welche Erkrankung/en?  
\_\_\_\_\_

③ **Diätverhalten:** Auch Diäten machen dick.

Ich habe schon viele Diäten gemacht. Welche?  
\_\_\_\_\_

Wie viel haben Sie damit abgenommen? \_\_\_\_\_

Hatten Sie langfristigen Erfolg damit?  Ja  Nein

④ **Medikamente:** Einige beeinflussen unseren Stoffwechsel und das Gewicht.

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?

- Hormone (welche?)  
\_\_\_\_\_
- Cortison  Beta-Blocker
- Antidepressiva (welche und wie lange?)  
\_\_\_\_\_

- Diabetes-Medikamente (welche? Dosierung?)  
\_\_\_\_\_
- Cholesterinsenker oder andere Blutfettsenker (welche? Dosierung?)  
\_\_\_\_\_

- Sonstige Medikamente (welche? Dosierung?)  
\_\_\_\_\_

<p>⑤ <b>Stresspegel:</b> Stress macht dick, krank und beeinflusst unser Essverhalten.</p>	
<input type="radio"/> Ich schlafe weniger als 6 Std./Tag <input type="radio"/> Ich schlafe mehr 7-8 Std./Tag <input type="radio"/> Ich bin nachts öfter wach	<input type="radio"/> Ich leide an einer Depression <input type="radio"/> Ich bin oft traurig/frustriert <input type="radio"/> Ich stehe unter großem Druck
<p>⑥ <b>Für Frauen:</b> Hormonmangel verändert die Stoffwechsellage.</p>	
<input type="radio"/> Ich bin in den Wechseljahren oder kurz davor	
<p>⑦ <b>Bauchumfang:</b> Bauchfett fördert die Insulinresistenz.</p>	
<input type="radio"/> Frauen: Mein Taillenumfang ist über 80 cm	<input type="radio"/> Männer: Mein Taillenumfang ist über 94 cm
<p>⑧ <b>Körperliche Aktivität:</b> Strafft, formt, aktiviert und verbessert den Kohlenhydratstoffwechsel.</p>	
<input type="radio"/> Ich treibe _____/Woche _____ Min. Ausdauersport. <input type="radio"/> Ich treibe _____/Woche _____ Min. Krafttraining.	<input type="radio"/> Ich treibe selten/keinen Sport <input type="radio"/> Ich bewege mich viel im Alltag (im Beruf, Gartenarbeit etc.) <input type="radio"/> Ich bewege wenig/kaum im Alltag (im Beruf, Gartenarbeit etc.)
<p>⑨ <b>Haut:</b> Spiegel unserer Seele und unseres Lebensstils.</p>	
<input type="radio"/> Ich neige zu unreiner Haut (Pickel, Akne)	<input type="radio"/> Ich neige zu faltiger Haut <input type="radio"/> Ich neige zu Cellulite
<p>⑩ <b>Genussmittel:</b> Maßvoll ein Genuss, in Massen mit Folgen</p>	
<input type="radio"/> Ich rauche _____ Stück pro Tag <input type="radio"/> Ich haben vor kurzem aufgehört zu rauchen	<input type="radio"/> Ich trinke Alkohol. Wie viel und welchen? _____
<p>⑪ <b>Fragen zu Ihrer Ernährung:</b> Mit Fleisch oder ohne?</p>	
<input type="radio"/> Ich bin Mischköstler <input type="radio"/> Ich bin Vegetarier, esse aber Fisch	<input type="radio"/> Ich bin Vegetarier <input type="radio"/> Ich bin Veganer
<p>⑫ <b>Versorgung:</b> Versorgen Sie sich selbst oder essen Sie außer Haus?</p>	
<input type="radio"/> Ich bereite mir täglich meine Mahlzeiten selbst zu <input type="radio"/> Ich bereite mir häufig selbst eine Mahlzeit zu, gehe aber auch oft außer Haus essen	<input type="radio"/> Ich esse meistens außer Haus <input type="radio"/> Eigene Anmerkungen: _____ _____ _____

<b>⑬ Kochen:</b> Können Sie kochen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Es geht so <input type="radio"/> Nein
<b>⑭ Lebensmittelauswahl:</b> Welche Lebensmittel dürfen/mögen Sie <b>nicht</b> essen?	
<input type="radio"/> Schweinefleisch <input type="radio"/> Milch und Milchprodukte <input type="radio"/> Eier <input type="radio"/> Nüsse <hr/> <input type="radio"/> Hülsenfrüchte <hr/>	<input type="radio"/> Gemüsesorten <hr/> <input type="radio"/> Obstsorten <hr/> <input type="radio"/> Sonstige <hr/>
Zu welchen Mahlzeiten essen Sie am liebsten Kohlenhydrate (Brot, Nudeln, Reis, Kartoffeln etc.)?	
<input type="radio"/> morgens <input type="radio"/> mittags <input type="radio"/> nachmittags <input type="radio"/> abends	
<b>⑮ Nahrungsergänzung:</b> Nehmen Sie Vitamintabletten oder Ähnliches ein?	
<input type="radio"/> Ja, ich nehme folgende Präparate ein: <hr/>	
<b>⑯ Anliegen:</b> Haben Sie ein spezielles Anliegen/Wünsche an die Ernährungsberatung?	

**Vielen Dank für Ihre Informationen!**

Ihre Daten und Informationen werden selbstverständlich vertraulich behandelt.