



# ANAMNESEBOGEN

## Medizinische Angaben

Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, welche?

---

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? Wenn ja, welche?

---

Haben Sie diagnostizierte Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

---

Nehmen Sie regelmäßig cholesterinsenkende Medikamente?

ja  nein

Nehmen Sie sonstige Medikamente regelmäßig ein? Wenn ja, wofür / Name / Wirkung?

---

Haben Sie Verdauungsprobleme?

Völlegefühl  Blähbauch  Sodbrennen  Verstopfungen  Durchfall

Treiben Sie Sport oder gehen Sie spazieren? Wenn ja, wie lange / wie oft pro Woche?

---

Wie ernähren Sie sich?

Mischkost  vegetarisch  vegan

Wie ist Ihr Schlafrhythmus (Zeiten/Dauer)?

---

Leiden Sie unter einem/mehreren dieser Symptome?

Hitzewallungen  Energieverlust  Zitterige Beine  Unkonzentriertheit  Gewichtszunahme trotz Kalorienreduzierung  
 Traurige Verstimmungen  Einschlaf- oder Durchschlafprobleme  Müdigkeit trotz ausreichend Schlaf

