

## Anamnese Klient/in:

---

### Persönliche Daten

---

**Name, Vorname:**

---

**Alter:**

**Größe:**

**Gewicht:**

---

**Essen Sie allein?:**

**Kinder:**

**Schwangerschaften:**

---

Familienstand

Klein, Groß?

**Beruf:**

---

**Berufung:**

---

z.B. Wenn ich könnte, würde ich gerne diese Tätigkeit ausüben ...

## Gesundheits-Check

---

**Augen:**

---

z.B. Kurz-/Weitsichtig, Grauer Star, trockene Augen ...

**Zähne:**

---

z.B. Zahnfüllungen (Amalgam), Wurzelbehandlungen, Parodontitis, Schmerzen ...

**Hals, Nase, Ohren:**

---

z.B. Rachenmandeln entfernt, Entzündungen, Tinnitus ...

**Schilddrüse:**

---

z.B. Unter-/Überfunktion, Hashimoto, andere Beschwerden ...

**Nieren, Leber, Gallenblase:**

---

z.B. Nierensteine, entfernte Gallenblase, schlechte Leberwerte ...

**Allergien:**

---

z.B. Heuschnupfen, Nahrungsmittel-/Medikamenten-Unverträglichkeiten ...

**Medikamente:**

---

die Sie momentan nehmen, z.B. Säureblocker, Schilddrüsenhormone, Blutdrucksenker, Insulin, Cholesterinsenker, Kortison, Schmerzmittel usw. ...

---

**Naturheilmittel:**

---

z.B. pflanzliche Präparate, Globilis ...

**Antibiotikum:**

**Ursache:**

**Wie oft bisher:**

---

Wann war das letzte Mal ...

**Nahrungsergänzungen:**

---

z.B. Vitaminpräparate, Magnesium, Zink, Proteinshake ... **Und bitte schreiben, wie lange genommen, ca.**

---

## Anamnese Klient/in:

---

### Aktuelles gesundheitliches Problem:

**Seit wann:** z.B. seit einer Operation, Unfall, Medikation, Schwangerschaft ...

z.B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hautprobleme, Übergewicht, Bluthochdruck, Gelenkprobleme, Infektionen ...


### sonstige Beschwerden:

z.B. ständige Müdigkeit, Nachmittagstiefs, psychische Verstimtheit, Reizbarkeit, Vergesslichkeit, Erschöpfung, PMS ...

---

---

---

---

### Verdauung:

z.B. Verstopfung, Blähungen, unregelmäßiger Stuhlgang ...

---

---

---

### Sport:

Wie oft in der Woche? Art der Bewegung ...

---

---

---

### Schlafsituation:

z.B. erholsam, Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, Morgens immer müde ...

---

---

---

---

## Anamnese Klient/in:

---

## Ernährungssituation (typischer Tag)

---

**morgens:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**abends:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**zwischen durch:**

---

---

---

---

**spätabends:**

---

---

---

---

**mittags:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**nachts:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Getränke insgesamt:**

---

---

---

---

**nachmittags:**

---

---

---

---

**Auffälligkeiten nach dem Essen:** (z. B. Müdigkeit, Sodbrennen)

---

---

---

---

**Anamnese Klient/in:**

---

**Ziele / Erwartungen:**

---

Gratulation! Sie haben es fast geschafft.

Das Ausfüllen des Anamnesebogens war bestimmt ein gutes Stück Arbeit. Sie werden vielleicht feststellen, wie interessant Ihre gesundheitliche Situation bisher war. Und so Manches hätten Sie lieber vergessen? Im letzten Absatz geht es darum, Ihre eigenen Ziele und Ihre Erwartungen an mich zu formulieren. Ich bedanke mich schon jetzt für Ihre Ehrlichkeit und Vertrauen und freue mich mit Ihnen für eine vitale Ernährungs- und Lebensweise zu arbeiten, bis Sie automatisch dran bleiben.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

