

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Daniela Duschek
Dr. med. Anke Elischer-Heßlinger
Dr. med. Verena Klünsch
Dr. med. Jan Münzer
Dr. Astrid Friedrich (angestellte Ärztin)
Fachärzte für Allgemeinmedizin

Fabrik Sonntag 5
79183 Waldkirch
Tel. 07681-49400100
Fax 07681-49400149

Ganzheitlicher Fragebogen

Gemeinschaftspraxis Fabrik Sonntag

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen VOR Ihrem Erstberatungsgespräch bei uns aus und senden Sie uns diesen, zusammen mit möglichen Vor-Laboren oder Arztberichten mindestens 7 Tage VORAB per Post oder Email zu. Bitte füllen Sie bitte ZUSÄTZLICH das Ernährungsprotokoll (für mindestens 1 Woche) aus. Vielen Dank!

Ich möchte eine

ganzheitliche Beratung

Ernährungsberatung

Mikronährstoffberatung (Blut- Untersuchung auf Vitamine, Mineralstoffe etc.)

Mikrobiomberatung (Stuhlanalyse)

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Email: _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

gesetzlich privat

weiblich männlich

Lebenssituation: allein lebend geschieden verheiratet
 in fester Partnerschaft Kinder

Derzeitige berufliche Tätigkeit: _____

Wochenarbeitszeit: _____ h

Größe: _____ m

Gewicht: _____ kg

Bauchumfang: _____ cm

Veränderung Ihres Körpergewichts/ Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:

mein Gewicht kaum verändert

____kg abgenommen

____kg zugenommen

Welches Anliegen führt Sie zu uns? _____

Erkrankungen der Familie (bei Mutter/ Vater/ Geschwistern)

Bluthochdruck

Depression/ Nervenleiden

Diabetes

Herzinfarkt/Koronare Herzkrankheit

Krebserkrankung (welche?)

Neurodermitis/ Allergie/ Asthma

Schlaganfall

Sonstige

Welche **Erkrankungen** gab oder gibt es **bei Ihnen selbst** und (seit) wann?

Allergien (Allergietest?)

Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD etc.) Bluthochdruck

Depression/ Nervenleiden

Diabetes

Darmerkrankungen (chron. Entzündl. Darmerkrankungen/ Reizdarm, etc.)

Hauterkrankungen (Neurodermitis, Psoriasis, Akne, etc.)

Herzinfarkt/ Koronare Herzkrankheit

Herzrhythmusstörungen

Heuschnupfen

Hörsturz/Tinnitus

Lebererkrankung

Nierenerkrankung (Nierensteine, Nierenschwäche, etc.)

Rheuma

Schlaganfall

Schilddrüsenerkrankung (Unterfunktion, Überfunktion, Hashimoto, etc.)

Sonstiges

Gab es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen, insbesondere der Halswirbelsäule (Wann? Was?): _____

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen Auffälligkeiten? (z.B. erhöhte Leberwerte Nierenwerte Blutzuckerwerte, Cholesterin, Entzündungswerte, Eisenmangel, Blutarmut, auffällige Schilddrüsenwerte, etc.). Wenn ja, bitte Laborwerte in Kopie anfügen.

Leiden Sie an folgenden Beschwerden?

Auswurf/ Schleimgefühl im Hals oder Rachen
Verstopfte Nase/ Naselaufen/ Nießen
Luftnot bei Anstrengung
Luftnot in körperlicher Ruhe
Engegefühl/Beklemmung der Brust
Einschlafstörung
Durchschlafstörung
Nächtliche Atemauffälligkeiten/ -pausen/ Schnarchen
Nächtliches Zähneknirschen
Morgendliche Unausgeschlafenheit/ Müdigkeit am Tage
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung
Konzentrationsstörung
Gedächtnisstörung
Schwindel
Heißhungerattacken
Appetitlosigkeit
Mundgeruch
Schmerzen (Wo genau?)
Muskel- oder Wadenkrämpfe
Muskelschwäche
Antriebslosigkeit/ Lustlosigkeit
Traurigkeit/ Depressivität
Ängste
Vermehrtes Schwitzen
Kopfschmerzen
Haarausfall
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)
Gehäuftes Wasserlassen
Augentrockenheit
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)
Infektanfälligkeit (Grippe/ Erkältung u. ä. pro Jahr):
Blasenentzündungen (pro Jahr):

Antibiotikabehandlungen: _____

- In Ihren ersten (!) 5 Lebensjahren insgesamt:
- In den letzten 10 Jahren insgesamt:

Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:

- Wie oft haben Sie Stuhlgang? ___ mal pro Tag, wenn nicht täglich: ___ mal pro Woche
- Konsistenz des Stuhls überwiegend normal hart breiig Durchfall

Bauchschmerzen/-krämpfe
Völlegefühle
Übelkeit
Erbrechen
Sodbrennen
Vermehrtes Aufstoßen

Rauchen: Zigaretten am Tag
Alkohol: /pro Woche

Treiben Sie regelmäßig Sport? (wenn ja was/ wie viel?)

Notieren Sie nun bitte noch **alle (!) Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel**, die Sie aktuell einnehmen inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmedikamente (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.).

Medikament/Nahrungsergänzungsmittel	Morgens	Mittags	Abends	z. Nacht	Bedarf

Spezielle Ernährungsanamnese:

Ernähren Sie sich nach einer spez. Ernährungsform (Vegetarisch, vegan, Paleo, Low fat, Low Carb etc.)? ja nein

Wenn ja, seit wann?

Neigen Sie zu emotionalem Essen? ja nein
Neigen Sie zu „Fressanfällen“? ja nein
Wenn ja, in welcher Situation? _____

Essen Sie generell
regelmäßig unregelmäßig viele Zwischenmahlzeiten?

Kochen Sie selbst? nie gelegentlich häufig täglich
Essen Sie außer Haus? nie gelegentlich häufig täglich

Wo gehen Sie primär einkaufen?

Was ist Ihr Lieblingsessen?

Bei Übergewicht:

Niedrigstes Gewicht: ____ kg (Zeitpunkt: _____)

Höchstes Gewicht: ____ kg (Zeitpunkt: _____)

Wunschgewicht: ____ kg (Zeitpunkt: _____)

Bereits absolvierte Diätversuche und deren Erfolge:

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)?

____ Liter

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?

Ernährungsprotokoll:

Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?	(fast) nie	Ab & zu	Mehrfach pro Woche	1 mal täglich	Mehrfach täglich
Milch					
Quark, Joghurt					
Käse					
Eier					
Brot/ Brötchen					
Müsli					
Nudeln					
Reis					
Kuchen/ Kekse					
Süßigkeiten					
Chips					
Fleisch					
Fisch					
Wurst					
Gemüse					
Obst					
Hülsenfrüchte					
Nüsse					
Fastfood					
Fruchtsäfte					
Softdrinks wie Cola					
Bier (Gläser)					
Wein (Gläser)					

Was erhoffen Sie sich von meiner Beratung?

Kosten:

Mir ist bekannt, dass die Kosten nicht von der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen übernommen werden. Die Abrechnung erfolgt nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und richtet sich nach Aufwand und Dauer der Beratung.

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung:

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis Berliner Allee zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum Unterschrift