

Präventions-Anamnese 1:



Persönliche Daten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Nationalität: Deutsch Andere: welche: _____

Adresse: Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ bevorzugt erreichbar, bitte unterstreichen:

Privat _____ Geschäft: _____ Handy: _____

FAX. _____ E-MAIL _____

Hausarzt:

Soziodemographische Daten:

1.) Welchen Beruf üben Sie aus?

selbständig angestellt hohe Belastung und Verantwortung

2.) Wie leben Sie? Allein in Gemeinschaft
(z.B Ehefrau, Partnerin/Partner, Kinder)

Sind Sie?

Verheiratet geschieden/getrennt lebend verwitwet

Kinder: (Anzahl): _____

Zu pflegende Angehörige: _____

Haben Sie jemals eine Krebsvorsorgeuntersuchung oder einen „Gesundheits-Check“ durchführen lassen? ja nein

Krebsvorsorgeuntersuchung nein ja
zuletzt: _____ Monat/Jahr

„Gesundheits-Check“ nein ja
zuletzt: _____ Monat/Jahr

Darmspiegelung nein ja

Polypenentfernung nein ja

Prostatauntersuchung nein ja

Zuletzt: tasten Ultraschall PSA Wert: _____

Sonstige Untersuchungen (wann, warum, Ergebnisse):

Familienanamnese:

Erkrankungen bei Familienangehörigen wie (Geschwister, Eltern, Großeltern, Verwandte 1. Grades) bei wem, welches Alter:

1.) Bluthochdruck: ja nein

2.) erhöhtes Cholesterin: ja nein

3.) erhöhter Blutzucker: ja nein

4.) Krebsleiden: ja nein
welches Organ u. Erstmanifestation, welches Alter?

5.) Darmpolypen: ja nein

6.) Herzinfarkt: ja nein Alter: _____

7.) Schlaganfall: ja nein Alter: _____

8.) Osteoporose: ja nein

sonstige famil. Erkrankungen: _____

Alter Vater: _____ Alter Mutter: _____

Falls gestorben, (Ursache, Alter): _____

Allgemeine Krankengeschichte:

Falls eine Erkrankung vorliegt oder vorlag, so geben Sie bitte die Erkrankung genau an (z.B. Leberentzündung oder Bluthochdruck). Geben Sie bitte auch an, wann die Erkrankung auftrat bzw. diagnostiziert wurde und ob und wie Sie behandelt wurde:

1. Erkrankung: _____ wann: _____

Behandlung: _____

2. Erkrankung: _____ wann: _____

Behandlung: _____

3. Erkrankung: _____ wann: _____

Behandlung: _____

4. Erkrankung: _____ wann: _____

Behandlung: _____

Sind bei Ihnen Erkrankungen des Knochens/ der Gelenke / der Wirbelsäule (z.B. Arthrose, Osteoporose, Bandscheibenvorfall) bekannt: nein

ja : Welche, Behandlung?

Aktuelle Beschwerden? _____

Ist bei Ihnen jemals eine Knochendichtemessung durchgeführt worden ?

nein ja wann: _____

Normalbefund Knochendichte reduziert Osteoporose

Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung: nein ja

Welche? _____

Wann trat die Erkrankung auf? _____

Wie wurde/wird die Erkrankung behandelt? _____

Vegetative Anamnese:

Magen: Appetit: gut reduziert Schluckstörung
 Völlegefühl Magenschmerzen Sodbrennen

Sonstiges Magen: _____

Darm: Stuhlgang: normal geformt regelmäßig ungeformt (Durchfall)
 Blutauflagerung häufig Verstopfung Krämpfe
 Blähungen Abführmittel

Sonstiges Darm: _____

Blase: Wasserlassen /-halten problemlos
 Harnstrahl abgeschwächt
 Startschwierigkeiten
 nächtliches Wasserlassen (..... mal)
 plötzlich starker Harndrang
 gehäufter Harndrang Inkontinenz Brennen

Sonstiges Blase: _____

Herz: Herzrasen /-stolpern Herzenge (wann: _____)
 Beklemmung bei Belastung gut belastbar (Sport)

Sonstiges Herz: _____

Lunge: Auswurf (Menge/Farbe: _____)
 Reizhusten Belastungsluftnot

Sonstiges Lunge: _____

Allgemeines: ungewollte Gewichtsabnahme Nachtschweiß

Sonstiges aktuelles: _____

Wurden Sie schon einmal operiert? nein ja

Falls Sie einmal operiert wurden, geben Sie bitte an, was und warum operiert wurde (Indikation) und wann die Operation durchgeführt wurde:

Operation: _____ wann? _____

Operation: _____ wann? _____

Operation: _____ wann? _____

Operation: _____ wann? _____

Operation: _____ wann? _____

Nehmen Sie Medikamente, Hormone, Naturheilmittel ein, so geben Sie dies bitte auch an: nein ja

Medikamente: _____ weshalb: _____

seit wann: _____

Medikamente: _____ weshalb: _____

seit wann: _____

Medikamente: _____ weshalb: _____

seit wann: _____

Medikamente: _____ weshalb: _____

seit wann: _____

Leiden Sie unter Allergien? nein ja

Falls ja, welche? _____

Impfstatus:

Tetanus / Diphtherie / Polio / in den letzten 10 Jahren

FSME in den letzten 5 Jahren

Hepatitis A, wann? _____

Hepatitis B, wann? _____

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit verschiedenen Lebensbereichen. Haben Sie den Eindruck, dass sich im Verlauf der letzten Zeit einer der folgenden Bereiche verändert hat?

Können Sie sich vorstellen, was der Grund dafür ist? Haben Sie versucht die Situation zu verändern?

	Trifft zu	teilweise	trifft nicht zu
Ich fühle mich nicht mehr so leistungsfähig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Regenerationszeiten sind verlängert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich ausgebrannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe morgendliche Anlauf- und/ oder Motivationsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich durch Mitarbeiter und/oder Kunden zunehmend genervt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin angespannt und rasch reizbar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Stimmung ist häufig gedrückt/niedergeschlagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe weniger Interessen und Freude an Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mich nur schwer aufraffen, insbesondere für neue Sachen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Konzentrationsfähigkeit hat sich verschlechtert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Gedächtnis und/oder meine Merkfähigkeit sind schlechter geworden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Schlafstörungen (<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen), (<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe öfters ein plötzliches Gefühl von Angst und Panik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann schlecht abschalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich zu oft gestresst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe zunehmend zahlreiche körperliche Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Meine Lust auf Sexualität (Libido) hat nachgelassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich in meiner Partnerschaft nicht mehr so wohl wie früher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Muskelkraft und Lust auf körperliche/sportliche Aktivität hat nachgelassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausgleich, Regeneration und Entspannungsmaßnahmen kommen zu kurz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann in der letzten Zeit nicht mehr abschalten und grüble nach der Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Tatkraft und Optimismus haben nachgelassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Genießen im Leben kommt zu kurz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Beschwerden sind erfasst worden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ggf. Weitere Beschwerden: _____

Für Männer: Meine Erektion

- macht mir keine Probleme
- ist eingeschränkt – komme damit zurecht
- ist eingeschränkt – fühle mich hierdurch beeinträchtigt
- verwende ein erektionsverstärkendes Medikament
 (Levitra Cialis Viagra)
- möchte Informationen zu diesem Thema.

Für Frauen: Spezielle Krankengeschichte

Haben Sie noch eine natürliche Regelblutung nein ja
 Haben bzw. hatten Sie Beschwerden mit den Wechseljahren nein ja
 Falls ja, welche?

**Nehmen Sie Medikamente gegen die Wechseljahresbeschwerden ein?
 (Hormonersatztherapie) nein ja**

Falls ja, welche?

Fragen zum Lebensstil

Wie groß sind Sie? _____ cm Wie viel wiegen Sie? _____ kg

Fragen bei Übergewicht:

1.) Waren Sie in der Kindheit/Jugend „zu dick“ ja nein

2.) Wann hatten Sie zuletzt ein stabiles Normalgewicht: vor _____ Jahren

3.) Höhe ihres Normal/Wohlfühlgewichts: _____ kg

4.) Warum haben Sie zugenommen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> zu wenig Bewegung | <input type="checkbox"/> zu viel essen |
| <input type="checkbox"/> abends reichlich essen | <input type="checkbox"/> regelmäßig Alkohol |
| <input type="checkbox"/> Süßigkeiten | <input type="checkbox"/> zu fette Speisen |
| <input type="checkbox"/> Zunahme „von allein“ | <input type="checkbox"/> Stress- u. Kummeressen |

5.) Wie ist ihr Wunschgewicht: _____ kg

6.) Sind Sie für eine Ernährungsumstellung bereit: ja nein

7.) Sind Sie vorübergehend bereit zur Körperfettreduktion, eine Diät durchzuführen?
 ja nein

Haben Sie in den letzten Jahren (ca. 5 Jahre) schon einmal eine Diät gemacht, um Gewicht abzunehmen? nein ja

Falls ja,

- wie viele Diäten haben Sie in dieser Zeit durchgeführt? _____

- nach welcher Diät haben Sie sich ernährt?

- Wie viel Kg haben Sie bei der letzten Diät abgenommen? _____ kg

- In welcher Zeit? _____ Wochen/Monate/Jahre (passende bitte einkreisen)

- Haben Sie ihr Gewicht im Anschluss an die Diät gehalten oder wieder zugenommen?

gehalten

wieder zugenommen (_____ kg)

Ernähren Sie sich regelmäßig mit mehreren Mahlzeiten pro Tag und durch welche Kost?

- 1-2 Mahlzeiten/Tag 3-4 Mahlzeiten/Tag 5 oder mehr Mahlzeiten
 Mischkost vegetarisch einseitig
 Hauptmahlzeit abends

In der folgenden Aufzählung sind einige Lebensmittel und Genussmittel aufgelistet. Kreuzen Sie bitte an, welche Sie zu sich nehmen, wie oft und in welcher Menge Jeweils (wenn möglich). Abkürzungen: l = Liter, gr = Gramm, T = Tasse

- Milch nein ja täglich 3-4x/Woche 1-2x/Woche seltener ____ l
Milchprodukte nein ja täglich 3-4x/Woche 1-2x/Woche seltener ____ l
Wurst/Fleisch nein ja täglich 3-4x/Woche 1-2x/Woche seltener ____ gr
Cola nein ja täglich 3-4x/Woche 1-2x/Woche seltener ____ l
Kaffee nein ja täglich 3-4x/Woche 1-2x/Woche seltener ____ T
Gemüse nein ja täglich 3-4x/Woche 1-2x/Woche seltener
Obst nein ja täglich 3-4x/Woche 1-2x/Woche seltener
Vollkornprodukte nein ja täglich 3-4x/Woche 1-2x/Woche seltener
Süßigkeiten/
Schokolade nein ja täglich 3-4x/Woche 1-2x/Woche seltener

Haben Sie den Eindruck, dass manche Lebensmittel Unwohlsein, Blähungen, unregelmäßiger Stuhlgang verursachen? ja nein

Welche?

Rauchen Sie? nein ja

Falls Sie nicht rauchen: Haben Sie schon einmal geraucht ja nein

Falls ja, wie lange und wie viel haben Sie durchschnittlich geraucht?

Dauer: _____ Jahre Menge: _____ Zigaretten/Tag

Falls Sie rauchen: Was rauchen Sie Zigaretten Zigarren Pfeife

Seit wann und wie viel rauchen Sie durchschnittlich?

Dauer: _____ Jahre Menge: _____ Zigaretten/Tag _____ Zigarren, Pfeifen/Tag

Möchten Sie aufhören? nein ja

Wie viel Alkohol trinken Sie?

- regelmäßig über 0,5 l Wein oder 2 Flaschen Bier pro Tag
- regelmäßig über 0,25 l bis 0,5 l Wein oder 1 bis 2 Flaschen Bier pro Tag
- gelegentlich 0,25 l bis 0,5 l Wein oder 1 bis 2 Flaschen Bier pro Tag
- gelegentlich weniger als 0,25 l Wein oder 1 Flaschen Bier pro Tag
- NIE

Wurde jemals eine Alkoholabhängigkeit bei Ihnen festgestellt oder hat Ihnen schon jemand (z.B. Ihr Arzt, ihre Frau oder Freunde) gesagt, dass Sie zuviel trinken?

ja nein

Falls ja, wann war dies? von _____ bis _____

Benutzen Sie andere Drogen oder Medikamente, die ihre Stimmung beeinflussen oder haben Sie solche jemals benutzt? nein ja

Falls ja, welche? _____

von wann? _____ bis wann? _____

Gehen Sie des öfteren nach draußen? (z.B. zum Radfahren)? nein ja

Wie viele Stunden verbringen Sie täglich im Freien? _____ Stunden

In der folgenden Aufzählung sind einige sportliche Aktivitäten bzw. Freizeitaktivitäten aufgelistet. Kreuzen Sie bitte das zutreffende an und geben Sie in der letzten Spalte an, wie lange Sie die Tätigkeit jeweils ausüben, z.B. 30 Minuten.
Abkürzungen: W= Woche tgl.= täglich

Tätigkeit	Häufigkeit	Dauer
Spaziergänge	<input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> min. 3-4x/W <input type="checkbox"/> 1-2x/W <input type="checkbox"/> seltener <input type="checkbox"/> nie	
Radfahren	<input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> min. 3-4x/W <input type="checkbox"/> 1-2x/W <input type="checkbox"/> seltener <input type="checkbox"/> nie	
Joggen	<input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> min. 3-4x/W <input type="checkbox"/> 1-2x/W <input type="checkbox"/> seltener <input type="checkbox"/> nie	
Krafttraining	<input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> min. 3-4x/W <input type="checkbox"/> 1-2x/W <input type="checkbox"/> seltener <input type="checkbox"/> nie	
Schwimmen	<input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> min. 3-4x/W <input type="checkbox"/> 1-2x/W <input type="checkbox"/> seltener <input type="checkbox"/> nie	
Gymnastik	<input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> min. 3-4x/W <input type="checkbox"/> 1-2x/W <input type="checkbox"/> seltener <input type="checkbox"/> nie	
Hochleistungssport	<input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> min. 3-4x/W <input type="checkbox"/> 1-2x/W <input type="checkbox"/> seltener <input type="checkbox"/> nie	
Tanzen	<input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> min. 3-4x/W <input type="checkbox"/> 1-2x/W <input type="checkbox"/> seltener <input type="checkbox"/> nie	
Andere:	<input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> min. 3-4x/W <input type="checkbox"/> 1-2x/W <input type="checkbox"/> seltener <input type="checkbox"/> nie	

Für folgende Bereiche können wir Ihnen weitere Unterstützung anbieten!

1.) Ernährung

kein Interesse/keine Zeit

- ich möchte allgemeine Informationen über gesunde Ernährung
- ich möchte gesund abnehmen
- ich bin interessiert an einer eiweißbilanzierten Diät (hierdurch wird gewährleistet, dass der Körper ausreichend versorgt wird)
- ich möchte eine Untersuchung auf Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- ich möchte auf meine Situation abgestimmte Nahrungsergänzungen.

2. Bewegung:

Sind Sie mit ihrer körperlichen Fitness zufrieden?

ja

nein

Macht Ihnen körperliche Bewegung Spaß?

ja

nein

Bei Nein, WARUM?

Sind Sie an der korrekten Ausführung eines individuellen Bewegungsprogrammes interessiert?

ja, wie oft/Woche _____ wie viel Zeit: _____ was: _____

nein, warum nicht: _____

Haben Sie ein konkretes Ziel? _____

3.) Stress / Burnout

Sind Sie von diesen Themen betroffen und sehen sie Handlungsbedarf? ja nein

Informationen zu diesem Thema

Entspannungsverfahren / Kurse

Entspannung / Eigendidaktik

Testdurchführung

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand einstufen?

Sehr gut bis gut

Gut bis befriedigend

ausreichend

nicht ausreichend

Wo sehen Sie ihr größtes Gesundheitsrisiko?

Bestehende Risikofaktoren: _____

Bestehende Erkrankungen: _____

Stressfaktoren: _____

Sonstiges: _____

4.) Ihr Hauptanliegen:

**5.) Wünschen Sie eine Ihrer Situation angepasste regelmäßige Betreuung
(Gesundheitsvorsorge, Krebsvorsorge, Kontrolle von abweichenden Werten)**

ja

nein

Falls ja: Dürfen wir Sie hierfür über ein Recall informieren?

ja

nein

Falls ja: bevorzugte Benachrichtigung

Telefon: _____

e-mail: _____

Fax: _____

Wünschen Sie auch medizinische Information, Veranstaltungshinweise etc.

ja

nein

Halten Sie die vorausgegangene Befragung für sinnvoll?

ja

nein

Vorschläge:

Datum: _____

Unterschrift: _____