

Präventions-Anamnesebogen 2:



Name: _____

Telefon: _____ (bevorzugt erreichbar, bitte markieren)

Privat: _____ Geschäft: _____ Handy: _____

E-MAIL _____

Änderungen seit dem letzten Check (Adresse, Beruf, Familie) ?

Sind seit der letzten Vorsorge Erkrankungen diagnostiziert oder behandelt worden?

Aktuelle Beschwerden:

Vegetative Anamnese:

Magen: Appetit: gut reduziert Schluckstörung
 Völlegefühl Magenschmerzen Sodbrennen

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

Sonstiges Darm: _____

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

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

Lunge: Auswurf Reizhusten
 Belastungsluftnot

Bewegungsapparat: Gelenkprobleme/ welche:
 Wirbelsäulenprobleme/ welche:

Allgemeines: ungewollte Gewichtsabnahme Nachtschweiß

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

- | | |
|----|----|
| 1. | 5. |
| 2. | 6. |
| 3. | 7. |
| 4. | 8. |

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?

	Trifft zu	Teilweise	Trifft nicht zu
Ich fühle mich nicht mehr so leistungsfähig			
Meine Regenerationszeiten sind verlängert			
Ich fühle mich ausgebrannt			
Ich habe morgendliche Anlauf- und/oder Motivationsprobleme			
Ich fühle mich durch Mitarbeiter und/oder Kunden zunehmend genervt.			
Ich bin angespannt und rasch reizbar.			
Meine Stimmung ist häufig gedrückt/niedergeschlagen			
Ich habe weniger Interessen und Freude an Tätigkeiten			
Meine Konzentrationsfähigkeit hat sich verschlechtert.			
Mein Gedächtnis und/oder meine Merkfähigkeit sind schlechter geworden			
Ich habe öfters ein plötzlich Angst und Panik			
Ich kann schlecht abschalten			
Ich fühle mich oft gestresst			
Ich schlafe schlecht			
Ich habe zunehmend körperliche Beschwerden			

Meine Lust aus Sexualität (Libido) hat nachgelassen			
Ich fühle mich in meiner Partnerschaft nicht mehr so wohl wie früher			
Meine Muskelkraft und Lust auf körperliche/sportliche Aktivität hat nachgelassen			
Ausgleich, Regeneration und Entspannungsmaßnahmen kommen zu kurz			
Meine Tatkraft und Optimismus haben nachgelassen			
Das Genießen im Leben kommt zu kurz			
Meine Beschwerden sind erfasst worden.			

Können Sie sich vorstellen, was der Grund dafür ist?

Haben Sie versucht die Situation zu verändern?

Für Männer: Meine Erektion

- macht mir keine Probleme
- ist eingeschränkt – komme damit zurecht
- ist eingeschränkt – fühle mich hierdurch beeinträchtigt
- verwende ein erektionsverstärkendes Medikament
- 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

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.
- Ich bin an naturheilkundlichen Maßnahmen (Entsäuerung, Entschlackung, Heilfasten, Entgiften) interessiert

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

4.) Ihr Hauptanliegen:

5.) Wünschen Sie eine Ihrer Situation angepasste regelmäßige Betreuung

(Gesundheitsvorsorge, Krebsvorsorge, Kontrolle von abweichenden Werten)

ja

nein

Datum: _____

Unterschrift: _____