

## Anamnesebogen

### Stammdaten

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

### Körperdaten

Größe (cm): \_\_\_\_\_ Gewicht (kg): \_\_\_\_\_ Wunschgewicht (kg): \_\_\_\_\_

Taille (cm): \_\_\_\_\_ Hüfte (kg): \_\_\_\_\_ Blutgruppe: \_\_\_\_\_

### Themen & Roter Faden

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Timeline

Welche Ziele verfolgst du mit der Behandlung?

---

## Ernährung

Vegetarier       Veganer       Seit wann? \_\_\_\_\_

Anzahl Mahlzeiten pro Tag: \_\_\_\_\_

Typisches Frühstück: \_\_\_\_\_

Typisches Mittagessen: \_\_\_\_\_

Typisches Abendessen: \_\_\_\_\_

Typisches Snackverhalten (Zeitpunkt, Art): \_\_\_\_\_

Typisches Trinkverhalten (was, wann, wieviel): \_\_\_\_\_

Alkohol/Zigaretten/Drogen (was, wieviel, wann): \_\_\_\_\_

## Verdauungsbeschwerden?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blähungen normal       | <input type="checkbox"/> Farbe verändert?    | <input type="checkbox"/> Candida              |
| <input type="checkbox"/> Blähungen stinkend     | <input type="checkbox"/> Rückstände im Stuhl | <input type="checkbox"/> Clostridium diff.    |
| <input type="checkbox"/> Blähbauch              | <input type="checkbox"/> Durchfall wässrig   | <input type="checkbox"/> Blastocystus hom.    |
| <input type="checkbox"/> Meteorismen            | <input type="checkbox"/> Weicher Stuhl       | <input type="checkbox"/> Parasiten            |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen         | <input type="checkbox"/> Verstopfung         | <input type="checkbox"/> Lebensmittelkeime    |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit               | <input type="checkbox"/> Wechselnder Stuhl   | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori  |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen             | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl       | <input type="checkbox"/> Gallensäureverlust   |
| <input type="checkbox"/> Zungenbrennen          | <input type="checkbox"/> Fett-/Schmierstuhl. | <input type="checkbox"/> Enzymmangel          |
| <input type="checkbox"/> Aufstoßen              | <input type="checkbox"/> Träge Motilität     | <input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Gefühl nicht entleert? | <input type="checkbox"/> Darmbarrierestörung | <input type="checkbox"/> Magenspiegelung      |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden           | <input type="checkbox"/> CED                 | <input type="checkbox"/> Darmspiegelung       |

Stuhlgang wie oft? \_\_\_\_\_

Spiegelungsbefunde: \_\_\_\_\_

Natrontest: \_\_\_\_\_

Rote-Bete-Test: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Unverträglichkeiten/Allergien

---

---

---

- Glutenunverträglichkeit (Wie getestet?)  
 Zöliakie  
 Laktoseintoleranz (Wie getestet?)  
 Fructoseintoleranz (Wie getestet?)

- Sorbitintoleranz (Wie getestet?)  
 Histamin-Intoleranz (Wie getestet?)  
 MCAS (Wie getestet?)  
 Salicylatintoleranz (Wie getestet?)  
 SIBO H2 / CH4 / H2S  
 KPU/HPU

## Kopf-bis-Fuß-Anamnese

Immunsystem/Infektanfälligkeit: \_\_\_\_\_

Herpes, Aphten, EBV, Herpes Zoster: \_\_\_\_\_

Kopfschmerzen/Migräne: \_\_\_\_\_

Schwindel/Gleichgewichtsstörungen/Brainfog: \_\_\_\_\_

Gehirn/Nerven/Sinnesorgane: \_\_\_\_\_

Konzentration, Gehirn: \_\_\_\_\_

Parästhesien, Kribbeln, M. Raynaud: \_\_\_\_\_

Bewegungsapparat: \_\_\_\_\_

Haut/Haare/Nägel: \_\_\_\_\_

Herz-Kreislauf-System, RR: \_\_\_\_\_

Atmungssystem: \_\_\_\_\_

Harnableitendes System/Blase/Niere: \_\_\_\_\_

Einlagerungen, Ödeme: \_\_\_\_\_

Absonderungen, Schweiß, Sekrete: \_\_\_\_\_

Schilddrüse, Hashimoto: \_\_\_\_\_

Gyn / Geschlechtsorgane: \_\_\_\_\_

Libido vorhanden: \_\_\_\_\_

Hormonsystem: \_\_\_\_\_

Zahnstatus: \_\_\_\_\_

Schlaf: \_\_\_\_\_

Psyche/Themen/Traumata/Behandlung: \_\_\_\_\_

Charaktermerkmale/wichtiges zum Wesen: \_\_\_\_\_

Unfälle/Operationen: \_\_\_\_\_

Angeborene Fehlbildungen: \_\_\_\_\_

Impfstatus, Reaktionen: \_\_\_\_\_

Erbliche Vorbelastungen: \_\_\_\_\_

## Familie, Geburten (auch Fehlgeburten), Job

Medikamente & NEM (auch Hormone, Pille, Schilddrüsenmedikamente, Vitamine): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Wichtiges aus Vorbefunden

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Sonstige Bemerkungen

---

---

---