

# ANAMNESE PATIENTENERKLÄRUNG



Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Telefon abends/mobil: \_\_\_\_\_ Woher kennen Sie uns/  
 Versicherung: \_\_\_\_\_ Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

## 1. Wie sieht Ihre Ernährung an einem typischen Tag aus?

a) Frühstück: \_\_\_\_\_ b) Snack 1: \_\_\_\_\_  
 c) Mittag: \_\_\_\_\_ d) Snack 2: \_\_\_\_\_  
 e) Abendbrot: \_\_\_\_\_ f) Snack 3: \_\_\_\_\_

2. Größte Mahlzeit des Tages? \_\_\_\_\_ 3. Mögen Sie eher süß oder deftig? \_\_\_\_\_

4. Wer kocht (Sie selbst, Partner, Kantine)? \_\_\_\_\_

5. Wie oft essen/trinken Sie ... pro Tag pro Woche pro Monat nie  
 (Nur eine Zahl pro Zeile eintragen.)

	pro Tag	pro Woche	pro Monat	nie
Gemüse/Salate	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Frisches Obst	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Wurst	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Fleisch	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Fisch	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte/Milch	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Kohlenhydrate (Brot, Nudeln, Reis, Kartoffel)	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Getränke	_____ Liter, Was?			
Süßigkeiten/Kuchen	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Fettiges/Chips	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Rauchen	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Kaffee/schw. Tee	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>
Alkohol	_____ mal	_____ mal	_____ mal	<input type="checkbox"/>

6. In welchem Alter trat Ihr Übergewicht zum ersten Mal auf? Gab es einen bestimmten Auslöser? Bitte denken Sie auch an Schwangerschaften, Hormonbehandlungen, Menopause. Was ist Ihrer Meinung nach der Grund für Ihr Übergewicht?

7. Welche Mitglieder Ihrer Familie sind übergewichtig (Eltern, Großeltern, Geschwister, Partner)?

8. Wie ist die Einstellung Ihrer Familie zum Essen, wie hat Ihre Familie gekocht?

9. Mussten Sie in Ihrer Kindheit immer den Teller leer essen?  ja  nein

10. Achten Sie auf Kalorien? \_\_\_\_\_ 11. Wie oft kontrollieren Sie Ihr Gewicht? \_\_\_\_\_

12. Welche sportlichen Aktivitäten üben Sie aus? \_\_\_\_\_

13. Wie lange und wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_

14. Was ist Ihr Beruf? \_\_\_\_\_

15. Ihre Tätigkeit ist ...  sitzend  mit relativ viel Bewegung  schwer körperlich

16. Wie viele und welche Diäten haben Sie schon durchgeführt? \_\_\_\_\_

17. Wann? \_\_\_\_\_ 18. Mit welchem Erfolg? \_\_\_\_\_

19. Was und wann war als Erwachsener Ihr minimales und maximales Gewicht? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

20. Bekommen Sie Essanfälle bzw. essen Sie manchmal übermäßig? \_\_\_\_\_

21. Wenn ja, wann? (Zutreffendes unterstreichen) In Stresssituationen, Langeweile, Kummer, Ärger, Sorgen, zur Belohnung, in Gesellschaft?

22. Wie oft? \_\_\_\_\_

23. Gibt es Zwangsbenehmen (Kalorien zählen, sich wiegen, zugreifen müssen, z. B. bei Süßigkeiten, Fast Food)? \_\_\_\_\_

24. Haben Sie öfter Heißhunger? \_\_\_\_\_

25. Essen Sie hastig/zwischendurch/abgelenkt? Oder langsam und bewusst? \_\_\_\_\_

26. Kennen Sie Ihr Sättigungsgefühl? \_\_\_\_\_ 27. Essen Sie auch weiter, wenn Sie satt sind? \_\_\_\_\_

28. Was trifft bei Ihnen zu?

- |                 |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|
| Psyche          | <input type="checkbox"/> keine Beschw.       | <input type="checkbox"/> Reizbarkeit       | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstör.   | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen       |
| Herz/Kreislauf  | <input type="checkbox"/> keine Beschw.       | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Herzinf./Schlaganf.   | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris       |
| Magen           | <input type="checkbox"/> keine Beschw.       | <input type="checkbox"/> Aufstoßen         | <input type="checkbox"/> Gastritis             | <input type="checkbox"/> Sodbrennen            |
| Verdauung       | <input type="checkbox"/> keine Beschw.       | <input type="checkbox"/> Verstopfung       | <input type="checkbox"/> Durchfall             | <input type="checkbox"/> Blähungen             |
| Blutwerte       | <input type="checkbox"/> im Normbereich      | <input type="checkbox"/> zu hohe Blutfette | <input type="checkbox"/> Diabetes I/II         | <input type="checkbox"/> Gicht                 |
| Gelenke         | <input type="checkbox"/> keine Beschw.       | <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankung  | <input type="checkbox"/> Osteoporose           | <input type="checkbox"/> Rückenschm./Rheuma    |
| Weiteres        | <input type="checkbox"/> Müdigkeit           | <input type="checkbox"/> Asthma            | <input type="checkbox"/> Gallenerkrankung      | <input type="checkbox"/> Krebsleiden           |
|                 | <input type="checkbox"/> Schwangersch.       | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankg. |  |
| Fam. Erbanlagen | <input type="checkbox"/> Herzinf./Schlaganf. | <input type="checkbox"/> Krebsleiden       | <input type="checkbox"/> Allergien             | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankg. |

29. Bei mir wurden folgende weitere Diagnosen/Erkrankungen festgestellt: \_\_\_\_\_

30. Operationen: \_\_\_\_\_

31. Mir sind folgende Allergien/Lebensmittelallergien/Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt: \_\_\_\_\_

32. Zurzeit nehme ich folgende Medikamente (Hormone) ein: \_\_\_\_\_

33. Sind oder waren Sie wegen Essstörungen in psychotherapeutischer Behandlung?  ja  nein

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben über meine Person wahr sind. Akute Erkrankungen, Schwangerschaft etc. sind den Therapeuten der Sanguinum-Kur® unverzüglich mitzuteilen. Andere als die mitgeteilten Erkrankungen sind mir nicht bekannt. Die Therapeuten der Sanguinum-Kur® haften nicht für eventuell mögliche Begleit- und Folgeerscheinungen, die nicht nachweislich von ihnen zu verantworten sind. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bei Sanguinum gespeichert werden und für statistische Auswertungen und Erfolgskontrollen genutzt werden.

Ich bin zudem darüber informiert worden, dass die Leistung der Praxis für die von mir beabsichtigte Therapie weder von der gesetzlichen noch von der privaten Krankenversicherung übernommen werden müssen. Sofern ich eine Erstattung durch meine Krankenversicherung beabsichtige, muss ich dies mit meiner Krankenversicherung persönlich klären. Die Verpflichtung zur Zahlung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen der Praxis besteht in jedem Fall, unabhängig von der Erstattung durch meine Krankenversicherung.

Ich wurde über die Behandlung aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen mehr.

Ich erkläre mich damit einverstanden, weitere Informationen über die Sanguinum-Stoffwechselkur und die Praxis auch per eMail zu bekommen

Ort/Datum

Unterschrift