



VOR UNSERER ERSTANAMNESE

Kennenlernbogen.

Damit ich dich zur Erstanamnese schon gut kenne, fragen wir hier etwas ausführlicher nach. Kreuz an, was passt, und lass aus, was nicht auf dich zutrifft oder dir zu persönlich ist.

NAME GEBURTSDATUM

ADRESSE

TELEFON E-MAIL

GESCHLECHT

☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers

HAUSÄRZTIN ODER HAUSARZT

GRÖSSE (CM) GEWICHT (KG) MIT 20 (KG)

GEWICHTSVERLAUF DIE LETZTEN 6 MONATE

WIE HAST DU VON MIR ERFAHREN?

☐ Empfehlung ☐ Internet ☐ Social Media ☐ Ärztliche Empfehlung



BERUF & ALLTAG

BERUF ODER TAGESABLAUF, KURZ IN STICHWORTEN

BERUFLICHE SITUATION

- ☐ Berufstätig ☐ In Ausbildung ☐ Im Studium ☐ Berentet ☐ Arbeitsunfähig ☐ Arbeitslos

ARBEITSZEIT PRO WOCHE

- ☐ Schichtarbeit ☐ Nachtarbeit

FAMILIE & WOHNSTITUATION

FAMILIENSTAND

- ☐ Ledig ☐ In Partnerschaft ☐ Verheiratet ☐ Geschieden ☐ Verwitwet

WOHNSITUATION

- ☐ Ich lebe allein ☐ Mit Partner/in ☐ Mit Familie ☐ Im Haushalt der Eltern

HAST DU KINDER?

DAVON IN DEINEM HAUSHALT

WARUM MÖCHTEST DU ZU MIR KOMMEN?

- ☐ Ich habe schon vieles ausprobiert, es hat aber wenig bewirkt.
- ☐ Ich lebe mit chronischen Beschwerden.
- ☐ Ich möchte mehr Energie und Lebensfreude.
- ☐ Ich möchte mein Gewicht verändern.
- ☐ Ich möchte meine Ernährung umstellen.
- ☐ Auf ärztliche Empfehlung.

SONSTIGES



WAS ERWARTEST DU DIR VON UNSERER ZUSAMMENARBEIT?

WAS SIND DEINE ERWARTUNGEN AN MICH?

WAS ERHOFFST DU DIR VON EINER ERNÄHRUNGSBERATUNG?

DEINE MAHLZEITEN

MAHLZEITEN PRO TAG

Isst du regelmässig?

☐ Ja ☐ Nein

WENN NEIN: WARUM ISST DU UNREGELMÄSSIG?

ISST DU EHER IN RUHE ODER SCHNELL?

☐ In Ruhe ☐ Schnell ☐ Unterschiedlich

WER KOCHT BEI DIR MEISTENS?

☐ Ich selbst ☐ Partner/in ☐ Wir gemeinsam ☐ Familie

Isst du oft ausserhalb (Kantine, Restaurant)?

☐ Ja ☐ Nein

WENN JA: WO?

Isst du regelmässig Fast Food?

☐ Ja ☐ Nein

Isst du mit Ablenkung (Handy, Fernseher)?

☐ Ja ☐ Nein

Isst du meistens in Gesellschaft?

☐ Ja ☐ Nein**KOSTFORM & UNVERTRÄGLICHKEITEN**

KOSTFORM

☐ Mischkost ☐ Vegetarisch ☐ Vegan

ALLERGIEN

UNVERTRÄGLICHKEITEN

GEGEN WELCHE LEBENSMITTEL HAST DU EINE ABNEIGUNG?



MEDIKAMENTE

Trag hier ein, was du regelmässig einnimmst, mit Dosis und Einnahmezeit.

MEDIKAMENT	DOSIS	MORGENS	MITTAGS	ABENDS

NAHRUNGSERGÄNZUNG (NEMS)

Vitamine, Mineralstoffe, pflanzliche Präparate, Schüssler Salze usw.

SÜSSIGKEITEN & KNABBEREIEN

WIE OFT ISST DU SÜSSIGKEITEN ODER KNABBEREIEN?

☐ Mehrmals täglich ☐ Einmal täglich ☐ 2–3× pro Woche ☐ 1× pro Woche ☐ Seltener

WAS ISST DU DABEI BEVORZUGT?

BEWEGUNG

WIE OFT BEWEGST DU DICH?

☐ Täglich ☐ Mehrmals pro Woche ☐ 1× pro Woche ☐ Selten ☐ Nie

WAS UND WIE LANGE?

WIE VIELE SCHRITTE GEHST DU ETWA PRO TAG?

☐ Unter 3000 ☐ 3000 bis 6000 ☐ Über 6000

FREIZEITAKTIVITÄT, DIE DIR WICHTIG IST

SCHLAF

WIE SCHLÄFST DU MEISTENS?

☐ Gut ☐ Mittel ☐ Schlecht ☐ Unterschiedlich**TRINKEN**

INSGESAMT (L/TAG)

WASSER, TEE (L/TAG)

ZUCKERHALTIGE GETRÄNKE (L/TAG)

LIGHT-GETRÄNKE (L/TAG)

KAFFEE (TASSEN/TAG)

☐ Mit Milch☐ Mit Zucker

SONSTIGE GETRÄNKE

WIE OFT TRINKST DU ALKOHOL?

☐ Täglich ☐ 3–4× pro Woche ☐ 1–2× pro Woche ☐ 1–2× pro Monat ☐ Nie

WELCHE ALKOHOLISCHEN GETRÄNKE BEVORZUGST DU?

RAUCHEN

Rauchst du?

☐ Ja ☐ Nein

SEIT WIE VIELEN JAHREN, WIE VIELE ZIGARETTEN PRO TAG, ODER SEIT WANN RAUCHFREI?

Dieser Teil ist der ausführlichste. Lass aus, was dir zu persönlich ist oder nicht zutrifft.

ÄRZTLICHE DIAGNOSEN & ERKRANKUNGEN

DIAGNOSEN ODER ERKRANKUNGEN, DIE ICH KENNEN SOLLTE

TRIFFT ETWAS DAVON AUF DICH ZU?

- ☐ Erhöhte Blutfettwerte ☐ Gicht ☐ Diabetes Typ 1 ☐ Diabetes Typ 2 ☐ Erhöhter Blutdruck
- ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung ☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Chronisch-entzündliche Darmerkrankung ☐ Lebererkrankung ☐ Gelenkerkrankung
- ☐ Autoimmunerkrankung ☐ Osteoporose ☐ Gallensteine

SONSTIGE ERKRANKUNGEN

ERKRANKUNGEN, DIE IN DEINER FAMILIE GEHÄUFT VORKOMMEN

OPERATIONEN, MIT ZEITANGABE

BESCHWERDEN IM ALLTAG

TRIFFT ETWAS DAVON AUF DICH ZU?

- ☐ Müdigkeit, Abgeschlagenheit ☐ Schlafprobleme ☐ Kopfschmerzen ☐ Verdauungsbeschwerden
- ☐ Gelenk- oder Muskelschmerzen ☐ Herzklopfen, unregelmässiger Puls ☐ Atemnot ☐ Schwindel
- ☐ Verstärktes Schwitzen ☐ Innere Unruhe

SONSTIGE BESCHWERDEN

VERDAUUNG

VERSTOPFUNG: STUHLGÄNGE PRO WOCHE

DURCHFALL: PRO TAG

- ☐ Blähungen ☐ Appetitlosigkeit ☐ Sodbrennen ☐ Übelkeit ☐ Völlegefühl
- ☐ Kau- oder Schluckbeschwerden ☐ Geschmacksveränderungen

SICHTBARE VERÄNDERUNGEN

- ☐ Hautveränderungen ☐ Haarausfall ☐ Langsame Wundheilung ☐ Krampfadern

WOHLBEFINDEN

- Fühlst du dich körperlich eingeschränkt? ☐ Ja ☐ Nein
- Fühlst du dich seelisch belastet? ☐ Ja ☐ Nein
- Fühlst du dich sozial oder finanziell eingeschränkt? ☐ Ja ☐ Nein
- Ziehst du dich manchmal zurück oder isolierst dich? ☐ Ja ☐ Nein
- Bist du in psychologischer Begleitung oder warst du es? ☐ Ja ☐ Nein



Nur ausfüllen, wenn relevant und wenn du möchtest.

Bist du aktuell schwanger?

☐ Ja ☐ Nein

FALLS JA: IN WELCHER SCHWANGERSCHAFTSWOCHE?

ALTER BEI DER ERSTEN REGELBLUTUNG

Mehr als 15 kg zugenommen während einer Schwangerschaft?

☐ Ja ☐ Nein

Ausgangsgewicht nach der Geburt wieder erreicht?

☐ Ja ☐ Nein

Schwangerschaftsdiabetes gehabt?

☐ Ja ☐ Nein

Bist du in den Wechseljahren?

☐ Ja ☐ Nein

FALLS JA: SEIT WANN?

Bemerkst du einen Libidoverlust?

☐ Ja ☐ Nein

Ist bei dir eine Prostatavergrößerung bekannt?

☐ Ja ☐ Nein

Nur ausfüllen, wenn Gewicht für dich gerade ein Thema ist.

GEWICHTSVERLAUF IM LETZTEN JAHR

NIEDRIGSTES GEWICHT ALS ERWACHSENE/R (KG)

HÖCHSTES (KG)

Übergewicht schon in der Kindheit?

☐ Ja ☐ Nein

Übergewicht in der Pubertät?

☐ Ja ☐ Nein

Übergewicht während einer Schwangerschaft?

☐ Ja ☐ Nein

Übergewicht seit den Wechseljahren?

☐ Ja ☐ Nein

KÖRPERSTELLEN, AN DENEN DU BESONDERS ZUGENOMMEN HAST

☐ Bauch ☐ Brust ☐ Oberkörper ☐ Beine

GEWICHT VERÄNDERN UM (KG)

IN WELCHEM ZEITRAUM?

WARUM MÖCHTEST DU DEIN GEWICHT VERÄNDERN?

☐ Wohlbefinden steigern ☐ Risikofaktoren senken ☐ Lebensqualität steigern

☐ Körperliche Beschwerden lindern



MASSNAHMEN ZUR GEWICHTSVERÄNDERUNG

WAS HAST DU BISHER SCHON AUSPROBIERT?

- ☐ Low Carb ☐ Low Fat ☐ Trennkost ☐ Mahlzeitenersatz durch Shakes
- ☐ Ernährungsumstellung ☐ Weight Watchers ☐ Mehr Bewegung ☐ Verhaltenstherapie
- ☐ Reha mit stationärem Aufenthalt

WELCHES PRODUKT UND WIE LANGE (DIÄTDAUER)?

Hast du schon Medikamente zur Gewichtsreduktion eingesetzt?

☐ Ja ☐ Nein

FALLS JA: WELCHE?

Hattest du einen chirurgischen Eingriff zur Gewichtsreduktion?

☐ Ja ☐ Nein

FALLS JA: WELCHEN, UND WANN?

- ☐ Magenballon ☐ Magenband ☐ Schlauchmagen ☐ Bypass ☐ Grosse Umstellungs-OP

ZEITPUNKT DER OPERATION



WARUM ISST DU?

- ☐ Um Hunger zu stillen ☐ Aus Appetit ☐ Gelüste ☐ Langeweile ☐ Einsamkeit ☐ Trost
- ☐ Genuss ☐ Ablenkung von Problemen

SONSTIGES

Stehst du nachts auf, um etwas zu essen?

☐ Ja ☐ Nein

Hast du Ess- oder Heisshungerattacken?

☐ Ja ☐ Nein

FALLS JA: WANN UND WIE OFT?

WIE OFT KONTROLLIERST DU DEIN GEWICHT?

- ☐ Täglich ☐ Mehrfach täglich ☐ 3–5× pro Woche ☐ 1–2× pro Woche ☐ 1× pro Monat
- ☐ Nie

WIE VIELE DIÄTEN HAST DU BISHER GEMACHT?

- ☐ Noch nie ☐ 1 bis 5 ☐ 6 bis 9 ☐ Mehr als 10 ☐ Regelmässig ☐ Ich halte ständig Diät

DEINE ZIELE

WAS WÜNSCHST DU DIR VON UNSEREM ERSTGESPRÄCH UND DER ZUSAMMENARBEIT?

WAS IST DIR BESONDERS WICHTIG, DASS ICH WEISS?

Deine Angaben behandle ich vertraulich – sie dienen nur der Vorbereitung auf unser Gespräch.