

Fragebogen zur medizinischen Anamnese und zum Lebensstil – BALANCE MEDICAL CENTER

Bitte füllen Sie den Fragebogen so genau und ausführlich wie möglich aus.

Die von Ihnen angegebenen Informationen helfen dem Lebensstilmediziner, sich auf die Beratung vorzubereiten und die zur Verfügung stehende Zeit effizienter zu nutzen.

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen mindestens 3 Tage vor dem Beratungstermin zurück.

1. GRUNDLEGENDE ANGABEN

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____

Art der Tätigkeit: ☐ Sitzende Tätigkeit ☐ Körperliche Arbeit ☐ Gemischt ☐ Homeoffice

☐ Schichtarbeit

2. WARUM WÜNSCHEN SIE EINE LIFESTYLE-MEDIZINISCHE BERATUNG?

(Bitte beschreiben Sie, wie wir Ihnen helfen können.)

3. AKTUELLER GESUNDHEITSZUSTAND

Bitte listen Sie alle bekannten Erkrankungen und chronischen Beschwerden auf:

Diagnose	Seit wann besteht die Erkrankung?	Wer hat die Diagnose gestellt?

Welche Beschwerden haben Sie derzeit?

(Bitte geben Sie alle relevanten Symptome an und bewerten Sie diese auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 10 den schwersten Grad darstellt)

Symptom	1–10	Seit wann?	Anmerkung
Müdigkeit, Erschöpfung			
Schlafstörungen			
Verdauungsbeschwerden			
Kopfschmerzen			
Gelenkschmerzen			
Rückenschmerzen			
Atembeschwerden			
Brustschmerzen/Engegefühl in der Brust			
Schwindel			
Hautprobleme			
Konzentrationsstörungen			
Stimmungsschwankungen			
Übergewicht			
Sonstiges:			

4. MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Frühere schwere Erkrankungen, Operationen, Unfälle – bitte in chronologischer Reihenfolge auflisten:

Krankenhausaufenthalte und Operationen in den letzten 5 Jahren

Allergien

☐ Ich habe keine bekannten Allergien

☐ Ich habe Allergien, und zwar:

Nahrungsmittelallergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten

☐ Keine

☐ Ja, und zwar:

5. FAMILIÄRE KRANKHEITSGESCHICHTE

Bitte geben Sie an, ob bei Ihren nahen Verwandten (Eltern, Geschwistern, Großeltern) eine der folgenden Erkrankungen aufgetreten ist und, sofern bekannt, in welchem Alter:

Erkrankung	Betroffener Verwandter	Alter zum Zeitpunkt der Diagnose
☐ Herzinfarkt		
☐ Schlaganfall, Hirnblutung		
☐ Diabetes		

☐ Bluthochdruck		
☐ Hoher Cholesterinspiegel		
☐ Krebserkrankung (Typ: _____)		
☐ Autoimmunerkrankung		
☐ Adipositas		
☐ Depression, Angstzustände		
☐ Demenz, Alzheimer-Krankheit		
☐ Sonstiges: _____		

6. MEDIKAMENTE UND NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL

Bitte listen Sie alle Medikamente mit ihrem genauen Namen und der Dosierung auf

Name des Medikaments	Dosierung	Seit wann nehmen Sie es ein?	Wofür nehmen Sie es ein?

Vitamine, Mineralstoffe, Nahrungsergänzungsmittel

Name des Präparats	Dosierung	Seit wann nehmen Sie es ein?

Frühere Medikamente, die Nebenwirkungen verursacht haben:

7. ERNÄHRUNG -

Wie viele Hauptmahlzeiten nehmen Sie täglich zu sich? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4+

Wie viele Zwischenmahlzeiten? ☐ 0 ☐ 1–2 ☐ 3–4 ☐ Mehr

Wie oft frühstücken Sie normalerweise? ☐ Nie ☐ Selten ☐ Am Wochenende ☐ Täglich

Ihr typisches Frühstücksmenü: _____

Ihr typisches Mittagessen: _____

Ihr typisches Abendessen: _____

Was naschen Sie normalerweise? _____

Verzehr von Lebensmittelgruppen

Bitte geben Sie an, wie oft Sie die folgenden Lebensmittel verzehren:

Lebensmittel	Nie	Selten	1–2 Mal pro Woc he	3–5 Mal pro Woc he	Täglich
Gemüse (roh)	☐	☐	☐	☐	☐
Gemüse (gekocht)	☐	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐	☐

Vollkorngetreide	☐	☐	☐	☐	☐
Weißbrot, Backwaren	☐	☐	☐	☐	☐
Hülsenfrüchte (Bohnen, Linsen usw.)	☐	☐	☐	☐	☐
Nüsse, Samen	☐	☐	☐	☐	☐
Rotes Fleisch (Rind, Schwein, Wild)	☐	☐	☐	☐	☐
Geflügel	☐	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐	☐	☐
Milchprodukte	☐	☐	☐	☐	☐
Verarbeitetes Fleisch (Aufschnitt, Wurst)	☐	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten, Gebäck, Zucker	☐	☐	☐	☐	☐
Salzige Snacks (Chips, Knabbereien)	☐	☐	☐	☐	☐
Fast-Food-Gerichte	☐	☐	☐	☐	☐

Flüssigkeitsaufnahme

Wie viel Wasser trinken Sie täglich? _____ Liter

Andere Getränke (tägliche Menge):

- Kaffee: _____ Tasse
- Tee: _____ Tasse
- Erfrischungsgetränke, Sirup: __ Glas
- 100 % Fruchtsaft: _____ Glas
- Energy-Drink: _____ Dose
- Sonstiges: _____

Essgewohnheiten und Essumgebung

Wo essen Sie am häufigsten? ☐ Zu Hause, ich koche selbst ☐ Mensa ☐ Restaurant ☐

Fastfood-Restaurants ☐ Verschiedenes

Wie oft essen Sie pro Woche auswärts? _____ Mal

Wie schnell essen Sie? ☐ Sehr schnell (in weniger als 10 Minuten) ☐ Mittelschnell (15–20 Minuten) ☐

Langsam, gründlich kauend (25+ Minuten)

Womit beschäftigen Sie sich während des Essens? ☐ Ich esse nur ☐ Fernsehen, Filme schauen ☐ Telefonieren

☐ Arbeiten, Lesen

Wann isst du am meisten? ☐ Morgens ☐ Mittags ☐ Abends ☐ Nachts

Ist nächtliches Essen typisch für Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Spezielle Ernährungsweisen

Befolgen Sie eine bestimmte Ernährungsweise? ☐ Nein ☐ Vegetarisch ☐ Vegan ☐

Glutenfrei ☐ Laktosefrei ☐ Paleo ☐ Keto ☐ Sonstiges: _____

Wenn ja, seit wann? _____

Warum haben Sie sich dafür entschieden? _____

Essverhalten

Trifft das auf Sie zu? (Sie können mehrere Optionen auswählen)

☐ Essen aus Langeweile

☐ Essen aus Stress

☐ Emotionales Essen

☐ Essanfälle (große Mengen in kurzer Zeit)

☐ Heimliches Essen

☐ Schuldgefühle nach dem Essen

☐ Ständiges Abnehmen

☐ Übermäßige Kontrolle über das Essen

Ignorieren Sie oft Ihr Hungergefühl? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Können Sie auf Ihr Sättigungsgefühl achten? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

Frühere Diät- bzw. Abnehmversuche

Wie viele Diäten haben Sie bisher ausprobiert? _____

Welche Diäten? _____

Was war das langfristige Ergebnis? ☐ Sie haben dauerhaft abgenommen ☐ Sie haben wieder zugenommen ☐ Jojo-Effekt

☐ Sie konnten nicht abnehmen

8. KÖRPERLICHE AKTIVITÄT

Wie aktiv sind Sie im Laufe eines durchschnittlichen Tages? ☐ Sehr sitzend (ich sitze den ganzen Tag) ☐ Leicht aktiv (gelegentliches Gehen, Stehen) ☐ Mäßig aktiv (regelmäßiges Gehen, Bewegung) ☐ Sehr aktiv (körperliche Arbeit oder intensiver Sport)

Wie viele Schritte machen Sie durchschnittlich pro Tag? _____ (falls Sie dies messen)

Treiben Sie regelmäßig Sport? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja:

Art der Aktivität	Häufigkeit (z. B. wöchentlich)	Dauer	Intensität
			☐ Leicht ☐ Mittel ☐ Intensiv
			☐ Leicht ☐ Mittel ☐ Intensiv
			☐ Leicht ☐ Mittel ☐ Intensiv

Haben Sie einen regelmäßigen Trainingsplan oder einen Trainer? ☐ Ja ☐ Nein

Was hindert Sie daran, sich regelmäßig zu bewegen? ☐ Keine Zeit ☐ Müdigkeit ☐ Schmerzen

☐ Fehlende Motivation ☐ Keine Hindernisse ☐ Sonstiges: _____

Mögen Sie Bewegung? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Gemischt

Welche Art von Bewegung würde Sie interessieren? _____

Bewegungsempfindlichkeit, Einschränkungen

Gibt es irgendwelche körperlichen Einschränkungen, die Ihre Bewegungsfreiheit beeinträchtigen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche: _____

Hatten Sie schon einmal eine Verletzung des Bewegungsapparats? _____

9. SCHLAF

Schlafgewohnheiten

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro

Nacht?

_____Stu

nden Reicht Ihnen das aus? ☐ Ja ☐ Nein

Wann gehen Sie normalerweise ins Bett? : Wann stehen Sie auf? :

Ändert sich Ihr Schlafrhythmus am Wochenende? ☐ Ja ☐ Nein

Schlafqualität

Wie würden Sie die Qualität Ihres Schlafs bewerten? ☐ Sehr schlecht ☐ Schlecht ☐ Mittelmäßig ☐

Gut ☐

Ausgezeichnet

Trifft das auf Sie zu? (Sie können mehrere Optionen auswählen)

- ☐ Sie schlafen schwer ein
- ☐ Sie wachen nachts oft auf
- ☐ Sie wachen früh auf und können nicht wieder einschlafen
- ☐ Fühlt sich morgens ausgeruht
- ☐ Müdigkeit und Schläfrigkeit tagsüber
- ☐ Schnarchen
- ☐ Atemaussetzer während des Schlafs (vom Partner bemerkt)

☐ Restless-Legs-Syndrom

☐ Alpträume

Nehmen Sie Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wie oft? _____

Gewohnheiten vor dem Schlafengehen

Was machen Sie 1–2 Stunden vor dem Schlafengehen? ☐ Bildschirmnutzung (Handy, Tablet, Fernseher) ☐ Lesen

☐ Arbeiten ☐ Entspannung, Meditation ☐ Sonstiges: _____

Wann nehmen Sie Ihre letzte Mahlzeit zu sich? :

Nehmen Sie nachmittags/abends Koffein zu sich? ☐ Ja ☐ Nein

10. STRESS UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Stresslevel

Wie würden Sie Ihr aktuelles Stressniveau einschätzen? (1–10, wobei 10 das Schlimmste ist)

Was verursacht bei Ihnen Stress? (Sie können mehrere Optionen auswählen)

☐ Arbeit, Karriere

☐ Finanzen

☐ Familiäre Probleme

☐ Partnerschaft

☐ Gesundheit (Ihre eigene oder die eines Familienmitglieds)

☐ Alleinsein, Einsamkeit

☐ Sorgen um die Zukunft

☐ Sonstiges: _____

Bewältigungsstrategien

Wie gehen Sie mit Stress um? (Sie können mehrere Optionen auswählen)

☐ Gespräche mit Freunden und Familie

☐ Sport, Bewegung

☐ Meditation, Atemübungen

☐ Hobby

☐ Spaziergang in der Natur

☐ Essen, Trinken

☐ Rauchen

☐ Alkohol

☐ Rückzug, Isolation

☐ Das interessiert mich nicht

☐ Sonstiges: _____

Psychisches Wohlbefinden

Wie oft haben Sie in den letzten zwei Wochen Folgendes empfunden?

Symptom	Kein	An einigen Tagen	Mehr als einen halben Tag lang	Fast jeden Tag
Niedergeschlagenheit, Depression	☐	☐	☐	☐
Interessenverlust, Freudlosigkeit	☐	☐	☐	☐
Angst, Nervosität	☐	☐	☐	☐
Sorgen, die schwer zu kontrollieren sind	☐	☐	☐	☐

Wurde bei Ihnen bereits eine psychische Erkrankung diagnostiziert? ☐ Nein ☐ Depression

☐ Angstzustände ☐ Panikattacken ☐ Sonstiges: _____

Nehmen Sie Antidepressiva oder Anxiolytika ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Gehen Sie zu einem Psychologen/Psychiater? ☐ Ja ☐ Nein

11. ZWISCHENMENSCHLICHE BEZIEHUNGEN

Wie würden Sie Ihre sozialen Beziehungen bewerten? ☐ Sehr zufrieden ☐ Zufrieden ☐

Neutral ☐ Unzufrieden ☐ Sehr unzufrieden

Gibt es jemanden, auf den Sie zählen können, wenn Sie Hilfe brauchen? ☐ Ja, es gibt

mehrere ☐ Ja, 1–2 Personen ☐ Nein

Leben Sie in einer Partnerschaft? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, unterstützt Sie Ihr Partner dabei, einen gesunden Lebensstil zu entwickeln? ☐

Sehr unterstützend ☐ Unterstützend ☐ Neutral ☐ Nicht unterstützend

Leben Sie mit Ihrer Familie oder anderen Personen im Haushalt zusammen? ☐ Ja ☐ Nein, ich lebe allein

Wie viel Zeit verbringen Sie pro Woche in Gesellschaft? _____Stunden

Fühlen Sie sich einsam? ☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Oft ☐ Immer

12. ABHÄNGIGKEITEN UND SCHÄDLICHE GEWOHNHEITEN

Rauchen Sie? ☐ Nein, ich habe noch nie geraucht ☐ Ich habe früher geraucht, aber _____ vor

Jahren aufgehört ☐ Ja, ich rauche derzeit noch

Falls Sie derzeit rauchen:

- Anzahl der Zigaretten pro Tag: _____Stück
- Seit wie vielen Jahren rauchen Sie: _Jahre

- Möchten Sie mit dem Rauchen aufhören? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ich weiß es nicht

Trinken Sie Alkohol? ☐ Nein, nie ☐ Gelegentlich (1–2 Mal im Monat) ☐ 1–2 Mal pro Woche

☐ 3–5 Mal pro Woche ☐ Täglich ☐ Früher habe ich mehr getrunken, aber _____ seit Jahren nicht mehr.

Nimmt er/sie psychoaktive Substanzen ein? ☐ Nein ☐ Ja, welche: _____

Leiden Sie unter einer Verhaltenssucht? (Internet, Einkaufen, Glücksspiel, Pornografie usw.) ____

13. LABORERGEBNISSE UND UNTERSUCHUNGEN

Bitte geben Sie die letzten bekannten Werte und das Untersuchungsdatum an:

Untersuchung	Ergebnis	Datum	Normalbereich
Körpergewicht	kg		
Körpergröße	cm		
Taillenumfang	cm		
Blutdruck	/ Hgmm		
Nüchternblutzucker	mmol/l		3,9–5,6
HbA1c	%		<5,7%
Gesamtcholesterin	mmol/l		<5,2
LDL-Cholesterin	mmol/l		<3,4
HDL-Cholesterin	mmol/l		>1,0 (Männer), >1,2 (Frauen)
Triglyceride	mmol/l		<1,7
GOT (AST)	U/l		
GPT (ALT)	U/l		
GGT	U/l		
Kreatinin	µmol/l		
Vitamin D	nmol/l		>75
TSH	mU/l		0,4–4,0
CRP	mg/l		<3

Liegen Ihnen aktuelle (nicht älter als 3 Monate) Laborergebnisse vor? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, fügen Sie bitte die Befunde bei oder bringen Sie sie zum Beratungsgespräch mit.

14. FRÜHERE VERSUCHE, IHREN LEBENSSTIL ZU ÄNDERN

Haben Sie bereits versucht, Ihren Lebensstil zu ändern? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was haben Sie versucht und mit welchem Ergebnis?

Was war das größte Hindernis für die Veränderung?

Was hat Ihnen bei der Veränderung am meisten geholfen?

15. MOTIVATION UND BEREITSCHAFT ZUR VERÄNDERUNG

Inwieweit fühlen Sie sich auf eine Änderung Ihres Lebensstils vorbereitet?

- ☐ Ich bin überhaupt nicht bereit ☐ Ich denke darüber nach, bin mir aber noch nicht sicher
- ☐ Ich bin bereit für die Veränderung ☐ Ich habe bereits mit der Veränderung begonnen
- ☐ Ich pflege schon seit Langem gesunde Gewohnheiten

Was motiviert Sie zu dieser Veränderung? (Sie können mehrere Antworten auswählen)

- ☐ Verbesserung gesundheitlicher Probleme
- ☐ Reduzierung/Absetzen von Medikamenten
- ☐ Gewichtsabnahme
- ☐ Steigerung der Energie
- ☐ Verbesserung der Lebensqualität
- ☐ Prävention (ich möchte nicht krank werden)
- ☐ Vorbild für meine Kinder
- ☐ Ein längeres, gesünderes Leben
- ☐ Sonstiges: _____

Wie sicher sind Sie sich, dass die Veränderung gelingen wird? (1–10) _____

Was sehen Sie als größte Herausforderung an?

16. WEITERE INFORMATIONEN

Gibt es noch etwas, das Sie für wichtig halten, mitzuteilen, das aber im Fragebogen nicht angesprochen wurde?

ERKLÄRUNG

Ich versichere, dass die im Fragebogen angegebenen Daten der Wahrheit entsprechen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die angegebenen bzw. verschwiegenen Informationen den Erfolg der ärztlichen Beratung beeinflussen.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

**Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen!
Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per E-Mail oder über das Online-
Formular mindestens 3 Tage vor der Konsultation zurück.**

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!