

## Anamnesebogen für deine individuelle Betreuung

heutiges Datum:

### **Persönliche Daten**

Name:

Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Berufliche Tätigkeit:

### **Tagesablauf**

Beschreibe kurz den Ablauf eines Tages in deinem derzeitigen Alltag.

## **Gesundheitszustand**

Welche Erkrankungen wurden bei dir diagnostiziert?

Beschreibe kurz deine derzeitigen Beschwerden.

Gibt es dazu aktuelle Untersuchungsergebnisse? (z.B. Bluttests etc.) Wenn ja kannst du mir diese für eine genauere Anamnese gern per E-Mail ([kontakt@johannes-schubert-gesundheit.de](mailto:kontakt@johannes-schubert-gesundheit.de)) zukommen lassen.

Nimmst du Medikamente? Wenn ja welche?

Hast du Allergien oder Unverträglichkeiten?

Gibt es weitere gesundheitliche Einschränkungen?

Rauchst du? Wenn ja wie viel?

### **Trinkverhalten**

Wie viel Liter Flüssigkeit trinkst du täglich?

Was trinkst du?

Wie oft und wie viel Alkohol trinkst du?

### **Ernährung**

Wie ernährst du dich derzeit?

- Mischkost
- Vegetarisch
- Vegan
- Ketogen
- Paleo
- Rohkost
- Glutenfrei
- Sonstiges / Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Hast du bisher bestimmte Ernährungsformen oder Diäten ausprobiert? Wie waren deine Erfahrungen damit?

Nimmst du regelmäßige Mahlzeiten zu dir?

- Ja
- Nein

Wenn ja: Wie viele Mahlzeiten isst du am Tag?

Wie sieht deine Ernährung aus? Beschreibe kurz deine Mahlzeiten der letzten beiden Tage. (z.B. Frühstück, Mittag, Abendessen) Bitte möglichst alle Mahlzeiten auflühren (auch kleine Snacks zwischendurch)

Was ist dein Lieblingsessen?

Welches Obst / Gemüse magst du besonders? (dürfen auch gern mehrere sein)

Welche Lebensmittel oder Gerichte magst du nicht?

Wie oft pro Woche isst du:

	Milchprodukte (Milch, Joghurt, Quark, Käse, Butter)
	Fleisch (Frischfleisch, Wurst, Trockenfleisch)
	Fisch
	Eier
	Getreideprodukte (Brot, Nudeln, Kuchen, Kekse, Teigwaren, Pizza)

Wie oft am Tag isst du:

	Gemüse
	Obst
	Süßigkeiten / Zucker
	Herzhafte Snacks? (z.B.: Chips, Salzstangen)

Nimmst du Nahrungsergänzungsmittel (Supplements) zu dir? Wenn ja welche und wie oft?

## Tägliche Bewegung

Wie viel Bewegung hast du regelmäßig im Alltag? (z.B.: mit dem Fahrrad zur Arbeit, Strecken zu Fuß gehen)

Treibst du regelmäßig Sport? Wenn ja welche Sportarten und wie oft?

## Stress / Entspannung

Wie hoch ist dein tägliches Stresslevel?

sehr gering 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 sehr hoch

Wie lange schläfst du durchschnittlich pro Nacht?

Wie gut schätzt du deine Schlafqualität ein?

sehr schlecht 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 sehr gut

Welche Entspannungsmethoden nutzt du im Alltag?

Wie zufrieden bist du im Allgemeinen mit deinem Leben?

sehr unzufrieden 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 sehr zufrieden

**Sende mir den ausgefüllten Anamnesebogen einfach per E-Mail an:  
kontakt@johannes-schubert-gesundheit.de**