

# Gesundheits-Anamnese-Bogen Endstand

(Bitte ausfüllen oder ankreuzen was zutreffend ist.)

Datum: \_\_\_\_\_

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

Körpergröße: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

An welcher Autoimmunerkrankung leidest Du?

Seit wann? \_\_\_\_\_

Welche Körperfunktionen sind hauptsächlich davon betroffen, wie genau und wie stark?

Körperteil	gar nicht	kaum	leicht	mittel	stark	sehr stark	funktionslos	Wie genau
Haut								
Gelenk								
Muskulatur								
Lunge								
Luftröhre								
Speiseröhre								
Herz								
Schlucken								
Magen								
Darm								

Wie schätzt Du die Funktion/Stärke deines Immunsystems ein?

(1 sehr schwach (ständig krank)- 5 mittel -10 sehr stark/Top Immunsystem/nie Infekt oder ähnliches - bitte ankreuzen)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hast Du Begleiterkrankungen? Wenn ja, welche?

Nein:

Ja:

Falls „Ja“ bitte ausfüllen:

Wieviel Sport machst Du pro Woche:

Dauer:  Sportart:

Wie stark bist Du eingeschränkt bzgl. Deiner sportlichen Aktivitäten/Bewegungen?

(1 gar nicht - 5 mittel -10 sehr stark/nicht ausüben – bitte angeben)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Rauchst Du? Nein

Wenn ja, wieviel

Nein:

Ja:

und zwar  Stück pro Tag

Welche Hobbies hast Du?

--

Wie stark bist Du eingeschränkt bzgl. Deiner Hobbies

(1 gar nicht - 5 mittel - 10 sehr stark/nicht ausüben –bitte angeben)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Bei welchen Alltagstätigkeiten bist du besonders eingeschränkt?

--

Wie stark bist Du eingeschränkt bzgl. Alltagstätigkeiten?

(1 gar nicht - 5 mittel - 10 sehr stark/nicht ausüben –bitte angeben)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Wie hoch ist dein Energielevel?

(1 extrem niedrig - 5 mittel – 10 „Energie ohne Ende“ –bitte angeben)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

morgens schnell munter

Leidest Du an Unverträglichkeiten/Allergien?

Nein:  Ja

Falls „Ja“:

Welche sind das?	Seit wann?

Mit welchen Nahrungsmitteln/Getränken bemerkst du eine Verschlimmerung? Bei welchen Symptomen?

Nahrungsmittel	Symptom

Mit welchen Nahrungsmitteln /Getränken bemerkst du eine Verbesserung? Bei welchen Symptomen?

Nahrungsmittel	Symptom

Gibt es einen Effekt des Wetters/der Jahreszeit auf Deine Haupt-Symptome?

Nein:  Ja

Falls „Ja“, welchen?

In welcher Behandlung bist Du momentan?

Arzt (Fachrichtung)	Diagnose	Medikation	seit wann?

Sonstiger Therapeut	Diagnose	Medikation	seit wann?

Sonstige Bemerkungen:

z.B. Nahrungsergänzungsmittel (was, wieviel)