

ANAMNESEBOGEN

Medizinische Angaben

Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Haben Sie diagnostizierte Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig cholesterinsenkende Medikamente?

ja nein

Nehmen Sie sonstige Medikamente regelmäßig ein? Wenn ja, wofür / Name / Wirkung?

Haben Sie Verdauungsprobleme?

Völlegefühl Blähbauch Sodbrennen Verstopfungen Durchfall

Treiben Sie Sport oder gehen Sie spazieren? Wenn ja, wie lange / wie oft pro Woche?

Wie ernähren Sie sich?

Mischkost vegetarisch vegan

Wie ist Ihr Schlafrhythmus (Zeiten/Dauer)?

Leiden Sie unter einem/mehreren dieser Symptome?

Hitzewallungen Energieverlust Zitterige Beine Unkonzentriertheit Gewichtszunahme trotz Kalorienreduzierung
 Traurige Verstimmungen Einschlaf- oder Durchschlafprobleme Müdigkeit trotz ausreichend Schlaf



ESSENSTAGEBUCH

Tag 1

_____ Datum

Was haben Sie gegessen?

Was haben Sie getrunken?

1. Frühstück

_____ Uhrzeit

2. Frühstück

_____ Uhrzeit

Mittagessen

_____ Uhrzeit

Nachmittags

_____ Uhrzeit

Abendessen

_____ Uhrzeit

danach

_____ Uhrzeit



ESSENSTAGEBUCH

Tag 2

_____ Datum

Was haben Sie gegessen?

Was haben Sie getrunken?

1. Frühstück

_____ Uhrzeit

2. Frühstück

_____ Uhrzeit

Mittagessen

_____ Uhrzeit

Nachmittags

_____ Uhrzeit

Abendessen

_____ Uhrzeit

danach

_____ Uhrzeit



ESSENSTAGEBUCH

Tag 3

_____ Datum

Was haben Sie gegessen?

Was haben Sie getrunken?

1. Frühstück

_____ Uhrzeit

2. Frühstück

_____ Uhrzeit

Mittagessen

_____ Uhrzeit

Nachmittags

_____ Uhrzeit

Abendessen

_____ Uhrzeit

danach

_____ Uhrzeit



ESSENSTAGEBUCH

Tag 4

_____ Datum

Was haben Sie gegessen?

Was haben Sie getrunken?

1. Frühstück

_____ Uhrzeit

2. Frühstück

_____ Uhrzeit

Mittagessen

_____ Uhrzeit

Nachmittags

_____ Uhrzeit

Abendessen

_____ Uhrzeit

danach

_____ Uhrzeit

