

# ANAMNESEBOGEN

## Bequemer Upload

Die vollständig ausgefüllte Datei bitte hier hochladen:  
[www.gesund-abnehmen.eu/uploads](http://www.gesund-abnehmen.eu/uploads)



## Persönliche Angaben

\_\_\_\_\_

Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_

Bitte hier Serien-Nummer eintragen!

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

Geschlecht

m w

\_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse

## Angaben zum Körper

\_\_\_\_\_

Gewicht in kg

\_\_\_\_\_

**A** Achsel

\_\_\_\_\_

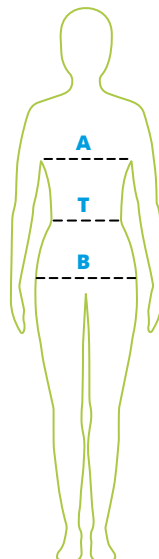
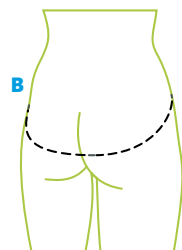
Größe in cm

\_\_\_\_\_

**T** Taille

\_\_\_\_\_

**B** Becken/Hüfte



Für die Körpermessung nutzen Sie bitte beiliegendes Maßband. Führen Sie die Körpermessung ohne Kleidungsstücke und an 3 Stellen durch.

**A Achsel** Messen Sie Ihren Körperumfang unter den Achseln, die Arme müssen dafür seitlich nach unten hängen.

**T Taille** Messen Sie den Taillenumfang an der schmalsten Stelle.

**B Becken/Hüfte** Messen Sie den Becken-/Hüftumfang an der breitesten Stelle. Häufig ist dies eine Messung auf einer schiefen Ebene, da die breiteste Stelle des Pos nicht auf der gleichen Höhe liegt wie die breiteste Stelle der Hüfte.

## Welche 3 Ziele möchten Sie durch die Stoffwechselanalyse erreichen?

\_\_\_\_\_

1. Ziel

\_\_\_\_\_

2. Ziel

\_\_\_\_\_

3. Ziel



# 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    Zittrige 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

