

## Anamnesebogen Ernährungsmedizin / Adipositas

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

### Angaben zur Person

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

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Hausarzt : \_\_\_\_\_

### Fragen zum Gewichtsverlauf

Größe \_\_\_\_\_ cm

derzeitiges Gewicht \_\_\_\_\_ kg

niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht \_\_\_\_\_ kg Wann (etwa)? \_\_\_\_\_

höchstes (Erwachsenen-) Gewicht \_\_\_\_\_ kg Das war wann? \_\_\_\_\_

Meine bisher größte Gewichtsabnahme: \_\_\_\_\_ kg im Jahr \_\_\_\_\_

Mein Wunschgewicht liegt bei: \_\_\_\_\_ kg

Ich bin aber auch zufrieden,  
wenn ich folgendes Gewicht erreiche: \_\_\_\_\_ kg

In einem Jahr möchte ich wiegen: \_\_\_\_\_ kg

### Wie kontrollieren Sie Ihr Gewicht / Ihre Körperform?

Wiegen \_\_\_mal/Tag \_\_\_mal/Woche \_\_\_mal/Monat

eigene Messung des Bauchumfangs

Änderung der Kleidergröße  Änderung der Gürtellänge

### Wie häufig haben Sie bereits Diäten durchgeführt?

- Noch nie
- 1 – 5 mal
- 6 – 9 mal
- >10 mal
- regelmäßig (mind. 2x jährlich)
- halte ständig Diät

### Welche Maßnahmen zur Gewichtsverringernug haben Sie durchgeführt?

	Wann?	Dauer der Maßnahme	Gewichtsverlust in kg	Wiederzunahme in kg
Diäten in Eigenregie (Kohl- suppe, Brigitte-Diät etc.):				
„Pulverdiät“ Almased / BCM / Redumed etc.				
Weight Watchers				
Akupunktur / Heilpraktiker				
Optifast / Mobilis				
Mit Unterstützung Ihres Arztes				
Medkamente z.B. Xenical / Reductil / Acomplia oder andere				
Psychotherapie (ambulant)				
Stationäre Kur zum Abnehmen				
Sonstiges:				

### Warum wollen Sie abnehmen?

- 
- 
- 
- 
-

## Fragen zum Lebensstil

Wie viele Stunden sehen Sie täglich fern? \_\_\_\_\_

Wie viele Stunden sitzen Sie täglich vor dem Computer? \_\_\_\_\_  
davon beruflich bedingt: \_\_\_\_\_

Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport? \_\_\_\_\_

Welchen Sport? \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen bei körperlicher Bewegung?  ja  nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Luftnot bei Bewegung?  ja  nein

Schämen Sie sich beim Sport z.B. Schwimmen?  ja  nein

Raucher seit \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag

Nicht-Raucher

Ex-Raucher seit \_\_\_\_\_ geraucht über \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag

**Essen Sie oft außerhalb, z.B. Fast Food Restaurants?**

immer  häufig  selten  nie

**Welche alkoholhaltigen Getränke nehmen Sie zu sich?**

Bier  Wein / Sekt  Spirituosen  Cocktails / Alcopops

Täglich  \_\_\_\_\_mal / Woche  \_\_\_\_\_mal / Monat

- Aus welchen Gründen?
- aus Gründen des Genusses
  - aufgrund einer Alltagsgewohnheit
  - um abzuspannen
  - um von Problemen abgelenkt zu werden
  - um schlafen zu können („Schlaftrunk“)

## Fragen zum Essverhalten

Haben Sie regelmäßige Essenszeiten?  Ja  Nein

Wie viele Mahlzeiten, inklusive Zwischenmahlzeiten, essen Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

**Wie essen Sie?**

schnell  langsam  bewusst  
 Zeitung lesend  beim Fernsehen  unregelmäßig

**Wo essen Sie?**

im Wohnzimmer  in der Küche  bei der Arbeit  
 unterwegs

Andere Orte: \_\_\_\_\_

**Wer kocht bei Ihnen im Haushalt?** \_\_\_\_\_

Wann nehmen Sie die Hauptmahlzeit zu sich? (Bitte Uhrzeit eintragen): \_\_\_\_\_

Sind Sie viel unterwegs und müssen außerhalb Essen?  ja  nein

Was essen Sie am liebsten?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht? Auf welche reagieren Sie „allergisch“?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Naschen Sie gern? Wenn ja, was und wann?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Haben Sie nach dem Essen ein Sättigungsgefühl?  immer  häufig  selten  nie

Essen Sie zwischen den Mahlzeiten?  immer  häufig  selten  nie

Essen Sie Fast Food?  immer  häufig  selten  nie

Essen Sie Süßigkeiten zwischen den Mahlzeiten?  immer  häufig  selten  nie

Stehen Sie nachts auf, um sich etwas zum Essen zu holen?  ja  nein

Bekommen Sie Ess-/ Heißhungerattacken?  ja  nein

Wenn ja, wie oft und wann? \_\_\_\_\_

Was trinken Sie?

Mineralwasser  Cola, Fanta etc.  Fruchtsäfte  Kaffee  Tee

anderes, was? \_\_\_\_\_

1. Sind / waren Ihre Eltern und Geschwister übergewichtig und erkrankten an Diabetes, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, Herzinfarkt, Schlaganfall oder Nierenerkrankungen?

---

---

---

2. Waren Sie bereits als Kind übergewichtig? Haben Ihre Eltern auf Ihre Ernährung und viel Bewegung geachtet? Musste der Teller immer leer gegessen werden, bevor man den Tisch verlassen durfte?

---

---

---

3. Nahmen Sie in der Schulzeit am Schulsport teil? Waren Sie in einem Sportverein?

---

---

---

4. Wie war der Gewichtsverlauf nach der Schulzeit? Während der Ausbildung / des Studiums und schließlich im Berufsleben? Gegebenenfalls während und nach der Schwangerschaft?

---

---

---

---

5. Gab es Ereignisse, die das Gewicht maßgeblich beeinflussten?

---

---

---

6. Welche Erklärung haben Sie für Ihr Übergewicht?

---

---

---