

Klientenanamnesebogen

Name _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen gewissenhaft und vollständig. Die Angaben Ihrer Krankenvorgeschichte dienen der Klärung Ihres Krankheits- und Beschwerdebildes und tragen zu einem individuellen Gesprächsverlauf bei. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht. Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Feld an. Danke für Ihre Mitwirkung.

1. Sind bei Ihnen und/ oder Ihrer Familie bereits Risiken oder Erkrankungen festgestellt worden?

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft!

<input type="checkbox"/> erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Übergewicht
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Untergewicht
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> erhöhte Harnsäurewerte/ Gicht	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen
<input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/> Asthma/ Heuschnupfen
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Lebensmittelunverträglichkeiten, z.B. Lactose	
<input type="checkbox"/> Lebensmittelallergie, wie z.B. Zöliakie	
<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Verdauungstraktes, welche:	
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen, welche:	
<input type="checkbox"/> sonstiges:	

2. Bitte messen Sie ihren Taillen- und Hüftumfang und tragen diesen hier ein.

Taillenumfang (cm)

Gemessen zwischen dem unteren Rippenbogen in etwa der Bauchnabelhöhe

Hüftumfang (cm)

Gemessen an der breitesten Stelle der Hüfte

3. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

4. Was haben Sie für Hobbys?

5. Was ist ihr persönliches Beratungsziel/ -wunsch!

