

Zusatz-Anamnesebogen



Therapie
Team
Gänsheide

Name _____

Vorname _____

- 35.** Wie ist Ihr **Schlaf**? (bitte einkreisen)
Erholsam | Einschlafstörungen | Durchschlafstörungen
frühmorgendliches Erwachen | Wann? _____ Uhr
- 36.** Wie ist Ihr allgemeines **Wohlbefinden**? (bitte einkreisen)
Sehr schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr gut
- 37.** Wie hoch ist Ihr **Stresslevel** aktuell? (bitte einkreisen)
Beruflich sehr niedrig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr hoch
Privat sehr niedrig 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr hoch
- 38.** Wie würden Sie Ihre **Ernährung** beschreiben? (bitte einkreisen)
Sehr gesund 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr ungesund
- 39.** Wieviel (Wasser) **trinken** Sie pro Tag? _____ (l/Tag)
- 40.** Trinken Sie **Alkohol**? **Ja** **Nein**
Wenn ja, wie viel? _____
- 41.** **Rauchen** Sie? **Ja** **Nein**
Wenn ja, wieviel? _____ Zigaretten/Tag?
- 42.** Wie ist Ihre **Verdauung** (z. B. Blähungen, Verstopfung, Völlegefühl)? _____
Stuhlgang: Häufigkeit _____ pro Tag/pro Woche ... Konsistenz _____
- 43.** Haben/hatten Sie **Nahrungsmittelunverträglichkeiten**? **Ja** **Nein**
Wenn ja, welche? _____
- 44.** Haben/hatten Sie **Allergien**? **Ja** **Nein**
Wenn ja, welche? _____
- 45.** Haben/hatten Sie eine **Autoimmunerkrankung**? **Ja** **Nein**
Wenn ja, welche? _____
- 46.** Haben/hatten Sie **Herzerkrankungen**? **Ja** **Nein**
Rhythmusstörungen | Insuffizienz | Klappenfehler | KHK (bitte einkreisen)
Sonstige _____
- 47.** Haben/hatten Sie **Gefäßerkrankungen**? **Ja** **Nein**
Arteriosklerose | pAVK | Venenerkrankungen | Thrombose (bitte einkreisen)
Sonstige _____
- 48.** Haben/hatten Sie **Atembeschwerden | Brustenge | Leistungsminderung**?
(bitte einkreisen) **Ja** **Nein**
Sonstige _____
- 49.** Haben/hatten Sie **Atemwegs- oder Lungenerkrankungen**? **Ja** **Nein**
Bronchitis | Asthma | COPD | Stirn- oder Nebenhöhlenprobleme (bitte einkreisen)
Sonstige _____
- 50.** Haben/hatten Sie Probleme mit der **Niere oder Harnblase**? **Ja** **Nein**
Entzündungen | Inkontinenz | Probleme beim Wasserlassen (bitte einkreisen)
Sonstige _____

BEWEGUNG IST LEBEN

Bitte wenden...

