



Praxis für Präventivmedizin

Dr. Matthias Thiel

Anamnesebogen

Dies ist Ihr Anamnesebogen, den Sie bitte vor Ihrem ersten Termin ausfüllen müssen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und für die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes verwendet. Bitte versuchen Sie, dieses Formular so genau wie möglich auszufüllen. Nehmen Sie sich dafür Zeit und füllen Sie es sorgfältig und gründlich aus. Bitte überprüfen Sie anschließend, ob Sie alle Fragen beantwortet und nichts ausgelassen haben.

Falls Sie Fragen oder Bedenken haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Personenbezogene Daten

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht:
E-Mail:	Telefon:
Versicherung:	Adresse:
Größe:	Alter:
Gewicht:	Allergien:
Beruf:	

Nennen Sie Ihre Hauptanliegen?

Longevity	Burnout
Gesundheitsoptimierung	Wechseljahre
Gewichtsoptimierung	Kinderwunsch
Schlaf	Long Covid
Sonstige:	

Rauchen Sie? ☐ Nein, noch nie. ☐ Ja ca. _____ Zigaretten/Tag.

☐ Nichtraucher seit _____

Alkoholkonsum ☐ nie ☐ einmal die Woche ☐ 2-3 / Woche ☐ häufiger



Praxis für Präventivmedizin

Dr. Matthias Thiel

Krankengeschichte

Sind bei Ihnen bereits Diagnosen bekannt?

Bluthochdruck	☐ ja	☐ nein	Demenz	☐ ja	☐ nein
Thrombose	☐ ja	☐ nein	Parkinson	☐ ja	☐ nein
Hörsturz	☐ ja	☐ nein	Tinnitus	☐ ja	☐ nein
Asthma	☐ ja	☐ nein	psychische Erkrankung	☐ ja	☐ nein
Diabetes mellitus	☐ ja	☐ nein	EBV	☐ ja	☐ nein
Multiple Sklerose	☐ ja	☐ nein	Borreliose	☐ ja	☐ nein
Nierenerkrankungen	☐ ja	☐ nein	Herpes	☐ ja	☐ nein
Rheuma	☐ ja	☐ nein	Schilddrüse	☐ ja	☐ nein
Krebserkrankungen	☐ ja	☐ nein	Autoimmunerkrank.	☐ ja	☐ nein
Lebererkrankungen	☐ ja	☐ nein			

Symptome

Kopfschmerzen	☐ ja	☐ nein
Haarausfall	☐ ja	☐ nein
Hautprobleme (Akne, Ausschläge, ...)	☐ ja	☐ nein
Muskuloskelettale Beschwerden	☐ ja	☐ nein
Bauchschmerzen	☐ ja	☐ nein
Schnelle Ermüdbarkeit	☐ ja	☐ nein

CORONA

Sind Sie gegen Corona geimpft worden?	☐ ja	☐ nein	
Hatten Sie eine Corona-Infektion?	☐ ja	☐ nein	
wenn ja	☐ leicht	☐ schwer	☐ Restprobleme



Praxis für Präventivmedizin

Dr. Matthias Thiel

Zahnstatus

- Tragen Sie aktuell Amalgamfüllungen? ☐ ja ☐ nein
- Hatten Sie früher Amalgamfüllungen? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie Wurzelfüllungen / tote Zähne? ☐ ja ☐ nein
- Fehlende Zähne? ☐ ja, _____ Stck ☐ nein
- Tragen Sie Implantate? nein ☐ ja ☐ aus folgendem
Material: _____
- Haben Sie überkronte Zähne? nein ☐ ja ☐ aus folgendem
Material: _____

Schlaf

Wie würden Sie Ihren aktuellen Schlafqualität auf einer Skala von 1-10 einstufen?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10
sehr schlecht sehr gut

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich? _____ h

Wann gehen Sie schlafen? _____ h

- Schlafen Sie die Nacht durch? ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie Schwierigkeiten beim Einschlafen? ☐ ja ☐ nein
- Schnarchen Sie im Schlaf? ☐ ja ☐ nein
- Leiden Sie unter nächtlichem Zähneknirschen / oder Pressen? ☐ ja ☐ nein

Stress

Wie würden Sie Ihr derzeitiges Stresslevel auf einer Skala von 1-10 einschätzen?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10
sehr gering sehr hoch



Praxis für Präventivmedizin

Dr. Matthias Thiel

- Fühlen Sie sich oft gestresst oder unausgeglichen? ☐ ja ☐ nein
- Können Sie sich in ruhigen Momenten entspannen? ☐ ja ☐ nein
- Können Sie manchmal einfach nicht aufhören zu denken? ☐ ja ☐ nein

Welche dieser Aussagen trifft auf Sie zu?

- Meine Konzentration war früher besser ☐ ja ☐ nein
- Ich bin (sehr) leicht ablenkbar ☐ ja ☐ nein
- Ich habe oft Wortfindungsstörungen ☐ ja ☐ nein
- Meine Stimmung ist oft wechselhaft („himmelhochjauchzend, zu Tode betrübt“) ☐ ja ☐ nein
- Erleben Sie oft eine schnelle Erschöpfung bei Anstrengung? ☐ ja ☐ nein
- Verspüren Sie regelmäßig Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit? ☐ ja ☐ nein

Ernährung

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

☐ nein ☐ ja, seit _____

- ☐ Pesco-Vegan ☐ Vegan
- ☐ Carnivor ☐ Vegetarisch

andere: _____

Fleisch/ Woche 1 2-4 ☐ >4

Wie viel trinken Sie am Tag? Wasser: _____ Liter Andere: _____ Liter

Welche der folgenden Getränke trinken Sie täglich?

☐ Kaffee ☐ Tee ☐ Fruchtsäfte ☐ Süßgetränke ☐ alkoholische Getränke

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie täglich zu sich? 1 / 2 / 3 ☐ ☐ ☐

Zwischenmahlzeiten/Snacks 0 / 1-3 / >3 ☐ ☐ ☐

Süßigkeiten ja ☐ ☐ nein

Haben Sie Heißhungerattacken? ja ☐ ☐ nein



Praxis für Präventivmedizin

Dr. Matthias Thiel

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen nicht gut bekommen?

☐ Milchprodukte ☐

Welche Symptome treten dann auf?

Kochen Sie frisch? ☐ kaum/wenig ☐ einmal die Woche ☐ öfters die Woche

Wie ist Ihr Appetit? ☐ kaum/wenig ☐ mittelmäßig ☐ eigentlich ständig

In den letzten 3 Jahren habe ich ca. _____ kg zugenommen / abgenommen / mein

Körpergewicht ist konstant ☐ ja ☐ nein

Möchten Sie Ihr Körpergewicht verändern? ☐ ja ☐ nein

TAGESROUTINE (75% DER ZEIT)

Wann stehen Sie auf? _____

Wann frühstücken Sie? _____

Was frühstücken Sie? _____

Was trinken Sie zum Frühstück? _____

Wann essen Sie zu Abend? _____

Was essen Sie zu Abend? _____

Leistungsfähigkeit / Sport

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich aktuell auf einer Skala von 1 bis 10?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10
gar nicht sehr gut

In welchem Alter verspürten Sie zuletzt Ihre volle Leistungsfähigkeit?

Zu welcher Tageszeit sind sie am leistungsfähigsten?

☐ Morgen ☐ Vormittag ☐ Mittag ☐ Nachmittag ☐ Abend ☐ Nacht



Praxis für Präventivmedizin Dr. Matthias Thiel

Zu welcher Tageszeit haben sie einen Leistungsknick?

☐ Morgen ☐ Vormittag ☐ Mittag ☐ Nachmittag ☐ Abend ☐ Nacht

Sexualanamnese

Haben Sie Kinder? ☐ nein ☐ ja, wie viele? _____

Besteht bei Ihnen aktuell ein Kinderwunsch? ☐ ja ☐ nein ☐

Würden Sie Ihre Libido als normal bezeichnen? ☐ ja ☐ nein ☐

Wie ist Ihre Libido im Vergleich zu vor 5J? ☐ geringer ☐ schlechter ☐ besser

Toxinbelastungen

Schwermetalle? _____

Holzschutzmittel? _____

Bakterien/Viren? _____

Kunststoffe? _____

Pestizide? _____

Schimmelpilze? _____

Sonstiges? _____

Verwendung von Wearables/Trackern

Ring? _____

Armband? _____

Uhr? _____



Sollten Sie bereits einen Medikamentenplan oder aktuelle (Labor-) Befunde besitzen, kann diese Liste gerne durch Ihren Plan im Anhang ersetzt werden.

[illegible]