



Anamnesebogen

Dies ist Ihr Anamnesebogen. Bitte füllen Sie ihn vor Ihrem ersten Termin vollständig aus.

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und dienen ausschließlich der Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Nehmen Sie sich für das Ausfüllen etwas Zeit und beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich. Bitte prüfen Sie abschließend, ob Sie alle Fragen beantwortet haben. Bei Fragen oder Unsicherheiten helfen wir Ihnen gerne weiter.

PERSONENBEZOGENE DATEN

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

WAS SIND IHRE HAUPTANLIEGEN?

(Mehrfachnennung möglich)

☐ Longevity	☐ Burnout
☐ Gesundheitsoptimierung	☐ Wechseljahre
☐ Gewichtsoptimierung	☐ Kinderwunsch
☐ Schlaf	☐ Long Covid
☐ Sonstiges: _____	

RAUCHEN UND ALKOHOH

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

☐ Nichtraucher/in seit _____

Alkoholkonsum: ☐ nie ☐ einmal die Woche ☐ 2–3× die Woche ☐ häufiger





KRANKENGESCHICHTE

Sind bei Ihnen bereits Diagnosen bekannt?

Bluthochdruck	☐ ja	☐ nein
Thrombose	☐ ja	☐ nein
Hörsturz	☐ ja	☐ nein
Asthma	☐ ja	☐ nein
Diabetes mellitus	☐ ja	☐ nein
Multiple Sklerose	☐ ja	☐ nein
Nierenerkrankungen	☐ ja	☐ nein
Rheuma	☐ ja	☐ nein
Krebserkrankungen	☐ ja	☐ nein
Lebererkrankungen	☐ ja	☐ nein
Demenz	☐ ja	☐ nein
Parkinson	☐ ja	☐ nein
Tinnitus	☐ ja	☐ nein
Psychische Erkrankung	☐ ja	☐ nein
EBV (Pfeiffer-Drüsenfieber)	☐ ja	☐ nein
Borreliose	☐ ja	☐ nein
Herpes	☐ ja	☐ nein
Schilddrüsenerkrankung	☐ ja	☐ nein
Autoimmunerkrankung	☐ 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

ZAHNSTATUS

Tragen Sie aktuell Amalgamfüllungen?	☐ ja	☐ nein
Hatten Sie früher Amalgamfüllungen?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie Wurzelfüllungen / tote Zähne?	☐ ja	☐ nein

☐ Fehlende Zähne, Anzahl: _____

☐ Keine fehlenden Zähne

Tragen Sie Implantate? ☐ nein

☐ ja, aus folgendem Material: _____

Haben Sie Überkronte Zähne? ☐ nein

☐ ja, aus folgendem Material: _____

SCHLAF

Wie würden Sie Ihre aktuelle 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 üblicherweise schlafen? _____ Uhr

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				

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

Ich erlebe oft eine schnelle Erschöpfung bei Anstrengung ☐ ja ☐ nein

Ich verspüre regelmäßige Antriebs- oder Lustlosigkeit ☐ ja ☐ nein

ERNÄHRUNG

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? ☐ nein

☐ ja, seit _____

☐ Vegetarisch ☐ Vegan ☐ Pesco-Vegan ☐ Carnivor

☐ 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

☐ Sonstige: _____

Welche Symptome treten dann auf? _____

Kochen Sie frisch? ☐ kaum/wenig ☐ einmal die Woche ☐ öfter 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 (AN EINEM FÜR SIE TYPISCHEN TAG)

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 1-10?

☐ 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

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 5 Jahren? ☐ besser ☐ unverändert ☐ schlechter

TOXINBELASTUNGEN

Bekannter oder vermuteter Kontakt zu:

Schwermetalle: _____

Holzschutzmittel: _____

Bakterien/Viren: _____

Kunststoffe: _____

Pestizide: _____

Schimmelpilze: _____

Sonstiges: _____

VERWENDUNG VON WEARABLES / TRACKERN

Ring: _____

Armband: _____

Uhr: _____





MEDIKAMENTENPLAN / NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL

Sollten Sie bereits einen Medikamentenplan oder aktuelle Laborbefunde besitzen, kann diese Liste gerne durch Ihre eigenen Unterlagen im Anhang ersetzt werden.

Medikament / Nahrungsergänzungsmittel	morgens	mittags	abends	bei Bedarf

