Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig aus. Die Angaben helfen uns, Ihr Gesundheitsprofil ganzheitlich zu verstehen und Ihr Longevity-Programm individuell zu gestalten.

# Persönliche Angaben

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_\_\_ Jahre

Größe: \_\_\_\_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_ kg

Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt / E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Beschwerden & Ziele

• Haben Sie aktuell gesundheitliche Beschwerden? Wenn ja, welche?

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

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

• Was sind Ihre Ziele mit diesem Programm? (z. B. mehr Energie, Prävention, Muskelaufbau, Leistungsfähigkeit)

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

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

# Vorerkrankungen & Operationen

• Wurden bei Ihnen relevante Erkrankungen diagnostiziert (z. B. Herz, Stoffwechsel, Autoimmun)?

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

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

• Haben Sie Operationen hinter sich?

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

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

# Familienanamnese

Gab es in Ihrer Familie (Eltern/Großeltern) Erkrankungen wie:

• Herzinfarkt / Schlaganfall:

• Krebs (Art?):

• Demenz / Alzheimer:

• Diabetes / Stoffwechselstörungen:

# Medikamente & Nahrungsergänzung

• Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

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

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

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

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

• Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche?

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

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

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

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

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

# Lebensstil

• Bewegung: Wie oft pro Woche trainieren Sie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• Schlaf: ☐ gut ☐ mittelmäßig ☐ schlecht

• Ernährung: ☐ mischköstlich ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ low carb ☐ mediterran

• Rauchen: ☐ nein ☐ ja, wie viel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• Alkohol: ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

• Stressbelastung: ☐ niedrig ☐ mittel ☐ hoch

# Für Frauen:

• Zyklus regelmäßig? ☐ ja ☐ nein

• Libido / Energie: ☐ normal ☐ vermindert

• Schwangerschaften: \_\_\_\_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_\_\_\_

• Hormonelle Verhütung oder Therapie: ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Für Männer

• Libido / Energie: ☐ normal ☐ vermindert

• Testosteronwerte jemals gemessen? ☐ ja ☐ nein

Falls Mangel, ist eine Substitution erfolgt? ☐ ja ☐ nein