

adipositex Anamnese-Bogen

Datum:

Name, Anschrift:

Telefon: Jahrgang:

Bewegung/Sport:

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen bzw. Beschwerden:

Schilddrüse: Überfunktion Unterfunktion Hashimoto-Thyreoiditis
 sonstige:

Diabetes Nierenerkr.:

Bluthochdruck anderweitige Herzbeschwerden:

Verdauungsbeschwerden (Verstopfung/Durchfall/Luftansammlungen/Darmgeräusche):
.....

Magenbeschwerden:

Wasseransammlungen (Ödeme) → wenn ja, wo:

Müssen Sie nachts auf die Toilette? Nein Ja → wie häufig: ____x pro Nacht

Wieviel Liter trinken Sie in etwa am Tag (ohne Kaffee):

häufig Kopfschmerzen seelischer Stress/Kummer:

Können Sie gut einschlafen bzw. durchschlafen?

Ja Nein, weil

sonstige Beschwerden oder Unverträglichkeiten:

.....

Medikamente, die im Verlauf der letzten 6 Monate eingenommen wurden:

Kortison geg. Antibiotika geg.

Metformin Insulin Beruhigungsmittel bzw. Antidepressiva

Blutdrucksenker/Beta-Blocker sonstige Herzmedikamente:

Hormone (Pille) Niere Medikamente zur Entwässerung (Diuretika)

Abführmittel Schmerzmittel Schilddrüse Schlafmittel

andere

.....