

# ADIPOSITAS ANAMNESE

PRAXIS MATIC

Name

Vorname

Geburtsdatum

Heutiges Datum

Gruberstraße 26 · 64289 Darmstadt

Telefon: +49 (0) 61 51 - 7 50 33 oder 7 50 51

Telefax: +49 (0) 61 51 - 71 72 16

E-Mail: [info@praxis-matic.de](mailto:info@praxis-matic.de)

Web: [www.praxis-matic.de](http://www.praxis-matic.de)

Telefon:

Privat

Dienstlich

Mobil

Angehöriger

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

wir möchten Sie um einige Angaben bitten, um Sie optimal behandeln zu können. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit welchen Wünschen kommen Sie zu uns?

Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?  Hausarzt  anderer Arzt  Bekannte Sonstige:

Ihre Körpergröße:  cm

Ihr Gewicht:  kg

Beruf:

Treiben Sie Sport? Wenn ja welchen und wie häufig?

Wie hoch war Ihr höchstes Körpergewicht?  kg

Haben Sie schon einmal eine Diät gemacht?  Nein  Ja

Wenn ja, wie viel Kilogramm haben Sie abgenommen?  kg

Was könnte die Ursache Ihres Übergewichts sein? (Medikamente, esse gerne, Lebensumstellung...)

Warum möchten Sie abnehmen?

Was ist Ihr persönliches Wunsch/Zielgewicht?  kg

**Ernährung**

Wie viele Mahlzeiten essen Sie am Tag?

Wie viele Hauptmahlzeiten essen Sie am Tag?

Wann nehmen Sie Ihre Hauptmahlzeit des Tages ein?

Wie viel trinken Sie am Tag, und was bevorzugen Sie dabei?

Essen Sie überwiegend  fettige,  herzhaft,  fleischig oder  süße Lebensmittel?

Wie oft trinken Sie Alkohol?

Was essen Sie am liebsten?

Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, wie viel und was Sie essen?  ja  nein

Essen Sie öfter – in einem Zeitraum von 2 Stunden – Mengen, die andere Menschen als ungewöhnlich groß bezeichnen würden?  
 ja  nein Wenn nein, bitte die nächste Frage überspringen

Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?  ja  nein

**Diabetische Risikofaktoren**

Wurde bei Ihren Eltern/Großeltern oder Geschwistern schon mal Diabetes diagnostiziert?  ja  nein

Hatten Sie während einer ärztlichen Untersuchung schon einmal zu hohe Blutzuckerwerte?  ja  nein

Haben Sie 2- bis 3-mal in der Woche mindestens 30 Minuten körperliche Bewegung?  ja  nein

Wie ist Ihr Blutdruck?  zu niedrig  normal  zu hoch

Wurde bei Ihnen eine Fettstoffwechselstörung diagnostiziert?  ja  nein

Haben Sie in letzter Zeit Harndrang, starken Durst, Müdigkeit, Kribbeln in Händen oder Füßen, Antriebslosigkeit oder schlecht heilende Wunden bei sich selbst bemerkt?  ja  nein

Hatten Sie in der Schwangerschaft Diabetes oder wog Ihr Kind über 4500g?  ja  nein

Fühlen Sie sich in letzter Zeit traurig oder niedergeschlagen?  ja  nein

## Begleiterkrankungen

Sind chronische Erkrankungen bekannt und wenn ja, welche?

- Bluthochdruck  nein  ja
- Erhöhtes Cholesterin/Blutfette  nein  ja
- Erkrankung des Bewegungsapparates  nein  ja
- Erkrankung des Magen- Darm- Traktes  nein  ja
- Thrombose  nein  ja
- Asthma  nein  ja
- Krebs  nein  ja
- Allergien gegen Medikamente  nein  ja
- Allergien gegen Nahrungsmittel  nein  ja

## Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name	Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Sonstiges

Was erscheint Ihnen sonst noch berichtenswert?