

## Anamnesebogen

Datum:\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

Name, Vorname:\_\_\_\_\_

Geboren:\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

Adresse:\_\_\_\_\_

Alter:\_\_\_\_\_Jahre

---

## Gesundheitsfragen

Ist in den letzten 6 Monaten eine ärztliche Behandlung erfolgt?  JA  NEIN

Wenn ja, weswegen?\_\_\_\_\_

---

Werden zurzeit Medikamente eingenommen?  JA  NEIN

Wenn ja, bitte vollständig angeben:\_\_\_\_\_

---

Besteht eine Allergie (z.B. Medikamente, Kontrastmittel, Latex, Jod, Pflaster...)?  JA  NEIN

Wenn ja, bitte angeben:\_\_\_\_\_

Wurden Sie schonmal operiert?  JA  NEIN

Wenn ja, bitte angeben:\_\_\_\_\_

Besteht/Bestand eine Herz-Kreislauf-Erkrankung?  JA  NEIN

Wenn ja, bitte angeben:\_\_\_\_\_

Besteht/Bestand eine Lungenerkrankung?  JA  NEIN

Wenn ja, bitte angeben:\_\_\_\_\_

Besteht/Bestand eine Erkrankung des Verdauungstraktes?  JA  NEIN

Wenn ja, bitte angeben:\_\_\_\_\_

Besteht/Bestand eine Nierenerkrankung/Harnwegserkrankung?  JA  NEIN

Wenn ja, bitte angeben:\_\_\_\_\_

Besteht/Bestand eine Lebererkrankung?  JA  NEIN

Wenn ja, bitte angeben:\_\_\_\_\_

Besteht/Bestand eine Hauterkrankung?  JA  NEIN

Wenn ja, bitte angeben:\_\_\_\_\_

Besteht/Bestand eine Muskelerkrankung?  JA  NEIN

Wenn ja, bitte angeben:\_\_\_\_\_

Besteht/Bestand eine Knochenerkrankung?

JA  NEIN

Wenn ja, bitte angeben: \_\_\_\_\_

Besteht/Bestand eine Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes mellitus)?

JA  NEIN

Wenn ja, bitte angeben: \_\_\_\_\_

Besteht/Bestand eine Schilddrüsenerkrankung?

JA  NEIN

Wenn ja, bitte angeben: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

JA  NEIN

Wenn ja, wieviel: \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?

JA  NEIN

Wenn ja, wieviel: \_\_\_\_\_

Gibt es sonstigen Substanzgebrauch?

JA  NEIN

Wenn ja, was: \_\_\_\_\_

Maßnahmen der med. Vorsorge in den letzten 5 Jahren: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Selbst./Angest.: \_\_\_\_\_ Stunden/Woche: \_\_\_\_\_

Beziehungsstatus: \_\_\_\_\_ Kinder (Alter): \_\_\_\_\_

Ausdauersport in Minuten pro Woche: \_\_\_\_\_

Anzahl Krafttrainingseinheiten pro Woche (mit Gewichten): \_\_\_\_\_

Blutspenden/Plasmaspenden pro Jahr: \_\_\_\_\_ Sauna-Gänge pro Woche: \_\_\_\_\_

Mediterranean Diet Score: \_\_\_\_\_

Magnesium-Depletion-Score: \_\_\_\_\_ PHQ-4: \_\_\_\_\_

Mitgliedschaft in (Sport-)Vereinen/Gruppen: \_\_\_\_\_

Sonstige Therapien/Interventionen/Diäten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Familiäre Belastung

Wie alt wurden/sind Ihre Eltern? M: \_\_\_\_\_, W: \_\_\_\_\_

Wie alt wurden/sind Ihre Großeltern? M: \_\_\_\_\_, W: \_\_\_\_\_, M: \_\_\_\_\_, W: \_\_\_\_\_

An welchen Erkrankungen sind Ihre Geschwister, Großeltern und Eltern erkrankt oder verstorben? (insbes. Krebs, Herz-Kreislauf, Demenz)

---

---

---

---

---

## Biometrie

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm      Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg      BMI: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>  
Bauchumfang \_\_\_\_\_ cm      Waist/Height \_\_\_\_\_      Wadenumfang: \_\_\_\_\_ cm  
Körperfett: \_\_\_\_\_ %      Griffkraft: \_\_\_\_\_ kg      FEV1: \_\_\_\_\_ L  
Blutdruck: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg      nächtl. SpO2: \_\_\_\_\_      HRV: \_\_\_\_\_  
Schlaf/7d: \_\_\_\_\_ h      REM-Schlaf \_\_\_\_\_ %      SARC-F: \_\_\_\_\_  
Cooper-Test: \_\_\_\_\_ km      TUG-Test: \_\_\_\_\_      Sit2Stand: \_\_\_\_\_

## Laborwerte / Indices

CRP: \_\_\_\_\_      IL-6: \_\_\_\_\_      Glutathion: \_\_\_\_\_      MDA: \_\_\_\_\_  
LDL: \_\_\_\_\_      HDL: \_\_\_\_\_      Apo(b): \_\_\_\_\_      Lp-PLA2: \_\_\_\_\_  
HbA1c: \_\_\_\_\_      Insulin: \_\_\_\_\_      HOMA-R: \_\_\_\_\_      Albumin: \_\_\_\_\_  
RDW: \_\_\_\_\_      RAR: \_\_\_\_\_      Homocystein: \_\_\_\_\_      ApoE4: \_\_\_\_\_  
CGM-TIR: \_\_\_\_\_

Vitaminstatus:     OK     auffällig     unbek.      Mineralien:     OK     auffällig     unbek.  
Leberwerte:     OK     auffällig     unbek.      Nierenwerte:     OK     auffällig     unbek.  
SD-Werte:     OK     auffällig     unbek.      Blutbild:     OK     auffällig     unbek.

Sonstiges/Auffälligkeiten/Mangelzustände: \_\_\_\_\_

---

---

---