

## Hausärztliche Gemeinschaftspraxis

**Dr. med. Petra Bartsch**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Naturheilverfahren  
Akupunktur, Ernährungsmedizin

**Dr. med. Mario Bartsch**  
Facharzt für Innere Medizin  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Akupunktur

Marlstr. 101, 23566 Lübeck  
Tel.: 0451/63182  
Fax: 0451/6101488  
E-mail: praxisbartsch@web.de  
www.marlidoc.de

### Ernährungsmedizinischer Anamnesebogen

- Vor ernährungsmedizinischer Beratung bei Diabetes/Bluthochdruck/Fettleber/Übergewicht  
oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten -

Um einen genauen Überblick über Ihre Beschwerden, Ihr Gewicht, Ihre Diätversuche und  
Lebensgewohnheiten zu bekommen, füllen Sie diesen Fragebogen bitte sorgfältig aus.

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

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

1. In welchem Alter hat die Entwicklung des Übergewichts bzw. der  
Nahrungsmittelunverträglichkeit begonnen? \_\_\_\_\_
2. Welches Gewicht hatten Sie zum Zeitpunkt des Schulabschlusses? \_\_\_\_\_
3. Haben Sie Kinder?  Ja  Nein  
Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_
4. Hatten Schwangerschaften einen Einfluss auf ihr Körpergewicht?  Ja  Nein  
Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_
5. Wie hoch war Ihr maximales Körpergewicht? \_\_\_\_\_ kg
6. Welches Körpergewicht möchten Sie erreichen? \_\_\_\_\_ kg  
Bis wann möchten Sie dieses Gewicht erreicht haben? \_\_\_\_\_

#### 7. Bisherige Diäten

Jahr/Dauer: \_\_\_\_\_ Art der Diät: \_\_\_\_\_ Gewichtsverlust: \_\_\_\_\_ kg

Dadurch Verbesserung der Verträglichkeit der Nahrungsmittel?  Ja  Nein

Wurde eine Diät ärztlich begleitet?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurden stationäre Gewichtsreduktionen versucht, bzw. ernährungsmedizinische  
Maßnahmen z.B. im Rahmen einer Reha?  Ja  Nein

Wenn ja:  
Jahr/Dauer: \_\_\_\_\_ Klinik: \_\_\_\_\_ Gewichtsverlust: \_\_\_\_\_ kg

8. Leiden Sie unter unkontrollierten Essanfällen?  Ja  Nein  
Wenn ja, wie häufig treten diese auf? \_\_\_\_\_

9. Haben Sie Phasen, in denen Sie fast gar nichts essen?  Ja  Nein
10. Haben Sie Unterstützung durch Familie/Freunde bei der Gewichtsreduktion?  Ja  Nein
11. Sind Sie berufstätig?  Ja  Nein  
Wenn ja, in welchem Beruf? \_\_\_\_\_
14. Rauchen Sie?  Ja  Nein  
Wenn ja, wie viele am Tag? \_\_\_\_\_  Ex seit \_\_\_\_\_
15. Haben sie jemals länger als 6 Monate Sport getrieben?  Ja  Nein  
Wenn ja, welchen Sport? \_\_\_\_\_
16. Was glauben Sie ist die Ursache für Ihr Übergewicht/Ihre Probleme mit Nahrungsmitteln?  
\_\_\_\_\_
17. Wie viele Stunden pro Woche haben Sie für die Mahlzeitenzubereitung? \_\_\_\_\_  
Und für körperliche Aktivität? \_\_\_\_\_
18. Wie oft und wo gehen Sie einkaufen? \_\_\_\_\_
19. Essen Sie regelmäßig außer Haus?  Ja  Nein
20. Gibt es in Ihrer Familie Personen, die an folgenden Erkrankungen leiden?
- |                         |                          |            |            |
|-------------------------|--------------------------|------------|------------|
| Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> | Wer? _____ | seit _____ |
| Bluthochdruck           | <input type="checkbox"/> | Wer? _____ | seit _____ |
| Herzinfarkt             | <input type="checkbox"/> | Wer? _____ | seit _____ |
| Schlaganfall            | <input type="checkbox"/> | Wer? _____ | seit _____ |
| Übergewicht             | <input type="checkbox"/> | Wer? _____ | seit _____ |
21. Welche Hilfestellung wünschen Sie sich von uns?
- Ernährungsmedizinische Beratung nach §43 (BMI über 30 oder Begleiterkrankungen)
  - Ernährungsmedizinische Therapie + Beratung vor und nach Magenoperation
  - Nährstoff- und Vitalstoffberatung
  - Medizinisches Leberfasten nach Prof. Worm  
Bei Fettstoffwechselstörungen, Fettleber, Diabetes mellitus oder als Einstieg in die Gewichtsreduktion (nur mit ernährungsmedizinischer Beratung)

**Bitte beachten Sie, dass diese Leistungen in der Regel nur zu einem Teil und auf vorherigen Antrag nach §43 von den Kassen gezahlt werden. Viele Kassen (z.B. die DAK) übernehmen die Kosten im Rahmen der „Besonderen Versorgung“ komplett. Bei Fragen wenden Sie sich gerne an uns!**