

Biohacking Nutrition

Dein Weg zu optimaler Performance & Gesundheit

Anamnesebogen

1. Persönliche Angaben

Name	
Vorname	
Adresse	
Geburtsdatum	
Beruf	
Telefon / E-Mail	
Krankenversicherung	
Versichertennummer	
Kostenübernahme Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> In Beantragung

Empfehlung / Überweisung

Quelle	<input type="checkbox"/> Hausarzt/ärztin <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Eigeninitiative <input type="checkbox"/> Empfehlung
Name der Praxis / Arzt	

2. Körpermessungen

Körpergröße (cm)	
Aktuelles Gewicht (kg)	

3. Medizinischer Hintergrund

Diagnosen / Erkrankungen	
Familiäre Vorerkrankungen	
Allergien / Unverträglichkeiten	
Regelmäßige Medikamente	
Nahrungsergänzungsmittel	
Schrittmacherträger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Blutwerte vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hormonelle Besonderheiten	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Schilddrüse <input type="checkbox"/> PCOS <input type="checkbox"/> Menopause <input type="checkbox"/> Andere: ____

Verdauungsbeschwerden

Beschwerden	<input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Reflux <input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Keine
-------------	---

Bitte füllen Sie alle Felder möglichst konkret und vollständig aus. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Biohacking Nutrition

Dein Weg zu optimaler Performance & Gesundheit

Anamnesebogen

4. Ernährungsanamnese

Ernährungsweise	<input type="checkbox"/> Omnivor <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> Flexitarisch <input type="checkbox"/> Low Carb <input type="checkbox"/> Andere
Essrhythmus (Mahlzeiten/Tag)	<input type="checkbox"/> 1–2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4–5 + Snacks <input type="checkbox"/> Intervallfasten
Regelmäßigkeit	<input type="checkbox"/> Regelmäßig <input type="checkbox"/> Unregelmäßig <input type="checkbox"/> Schwankend
Wer kocht überwiegend?	
Auswärts essen (*/Woche)	
Kochkenntnisse	<input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Sehr gut
Lebensmittel-Vorlieben	
Lebensmittel-Abneigungen	
Vorherige Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> Ja – wann/wo: _____ <input type="checkbox"/> Nein

5. Konsumverhalten

Kaffee	
Kaffee (Tassen/Tag)	
Art	<input type="checkbox"/> Schwarz <input type="checkbox"/> Mit Milch <input type="checkbox"/> Mit Zucker <input type="checkbox"/> Süßstoff <input type="checkbox"/> Kein Kaffee
Timing	<input type="checkbox"/> Nüchtern <input type="checkbox"/> Nach dem Essen <input type="checkbox"/> Verteilt
Zucker & Softdrinks	
Süßigkeiten / Woche	
Softdrinks / Woche	
Rauchen / Nikotin	
Rauchen / Nikotin	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Zigaretten/Tag: ____ <input type="checkbox"/> E-Zigarette <input type="checkbox"/> Gelegentlich
Seit wann? / Seit wann aufgehört?	

6. Alkoholkonsum

Konsum	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 1–2×/Woche <input type="checkbox"/> ≥3×/Woche <input type="checkbox"/> Täglich
Art	<input type="checkbox"/> Bier <input type="checkbox"/> Wein <input type="checkbox"/> Spirituosen <input type="checkbox"/> Mixgetränke
Menge pro Gelegenheit	
Situation	

Bitte füllen Sie alle Felder möglichst konkret und vollständig aus. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Biohacking Nutrition

Dein Weg zu optimaler Performance & Gesundheit

Anamnesebogen

7. Tagesablauf – Essen & Trinken

Aufstehen (Uhrzeit)	
Ins Bett gehen (Uhrzeit)	
Morgen	
Mittag	
Abend	
Snacks	
Wasser/Flüssigkeit (Liter/Tag)	
Bevorzugte Getränke	<input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> Tee <input type="checkbox"/> Kaffee <input type="checkbox"/> Säfte <input type="checkbox"/> Softdrinks <input type="checkbox"/> Andere

8. Körperliche Aktivität & Sport

Sportart(en)	
Häufigkeit	<input type="checkbox"/> Kein Sport <input type="checkbox"/> 1–2×/Woche <input type="checkbox"/> 3–4×/Woche <input type="checkbox"/> 5+×/Woche
Intensität	<input type="checkbox"/> Leicht <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Intensiv <input type="checkbox"/> Gemischt
Trainingsziel	<input type="checkbox"/> Ausdauer <input type="checkbox"/> Kraft <input type="checkbox"/> Abnehmen <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Performance
Beruflich körperlich aktiv?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Teils
Sitzende Tätigkeit (Std./Tag)	

9. Schlaf & Erholung

Schlafdauer (Std./Nacht)	
Schlafqualität	<input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht
Einschlafprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gelegentlich
Durchschlafprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gelegentlich
Ausgeruht aufwachen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nein
Stresslevel (allgemein)	<input type="checkbox"/> Niedrig <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Hoch <input type="checkbox"/> Sehr hoch
Stressquellen	

10. Verhalten & Emotionen

Emotionales Essen	<input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Belohnung <input type="checkbox"/> Nein
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/> Ja – worauf? _____ <input type="checkbox"/> Nein
Diäten bisher (welche?)	
Selbsteinschätzung Essverhalten	<input type="checkbox"/> Ausgewogen <input type="checkbox"/> Könnte besser sein <input type="checkbox"/> Problematisch

Bitte füllen Sie alle Felder möglichst konkret und vollständig aus. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Biohacking Nutrition

Dein Weg zu optimaler Performance & Gesundheit

Anamnesebogen

11. Zielsetzung

Hauptziel	
Weitere Ziele	
Gewünschter Zeitrahmen	
Motivation (1 = niedrig, 10 = hoch)	
Größte Hindernisse	
Was hat bisher nicht funktioniert?	

12. Sonstiges & Notizen

Weitere Anmerkungen	
----------------------------	--

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Verarbeitung meiner Daten gemäß der Datenschutzerklärung einverstanden.

Bitte füllen Sie alle Felder möglichst konkret und vollständig aus. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.