

ANAMNESEBOGEN FÜR MÄNNER

Bitte alle Fragen genau beantworten - zutreffendes markieren
und zur Sprechstunde mitbringen oder vorab an die Praxis faxen - Fax-Nr. 08 41.91 02 51

Name / Vorname: _____ Beruf: _____

Geburtsdatum: _____ ledig verheiratet

Kinder (Anzahl / Alter / Erkrankungen): _____

Erkrankungen in der Familie: Mutter Vater Geschwister Großmutter Großvater

Herzinfarkt / plötzlicher Herztod _____ Schlaganfall _____

Diabetes _____ Bluthochdruck _____

Blutfette (Cholesterin) _____ erweiterte Bauchsclagader _____

Krebs (Organ?) _____ Übergewicht _____

Schilddrüse / Osteoporose _____

Aktuelles Körpergewicht (kg): _____ Bisher höchstes Gewicht: _____ Gewicht vor 3 Jahren: _____ BMI: _____

Körpergröße (cm): _____ Bauchumfang (Nabelhöhe): _____

Wie ernähren Sie sich? sehr gesundheitsbewußt durchschnittlich wahllos bis chaotisch

Wie oft pro Woche essen Sie:

Wurst: ____ x Fleisch: ____ x Fisch: ____ x Gemüse: ____ x Obst: ____ x Kuchen/Gebäck: ____ x Süßigkeiten: ____ x Schokolade: ____ x

Kennen Sie phasenweise starken Appetit und Heißhungergefühle? ja nein Wie oft? ____ x / Woche

Welche Getränke bevorzugen Sie? _____ Tägliche Trinkmenge: ____ Liter

Bier (Menge / Tag): ____ Wein (Gläser / Tag): ____ Hochprozentiges (Menge / Tag): ____ Nikotin (Wieviel / Tag? Seit wann?): _____

Wie oft bewegen Sie sich > 20 Minuten am Stück? nie 1 - 2 x / Woche 2 - 3 x / Woche täglich

Üben Sie Sportarten aus? Welche? Wie oft? _____

Was tun Sie für den Muskelaufbau? nichts Theraband Hanteltraining gezielte Gymnastik

Streßfaktor: hoch mittel gering nur beruflich bedingt nur privat bedingt beides

Private Situation: glücklich / harmonisch unglücklich / konfliktreich geschieden / in Trennung solo

Midlife-Beschwerden (Nervosität, innere Unruhe, Schlafstörungen, Hitzewallungen, Schwitzen, Herzpochen, Bluthochdruck, Erschöpfung,

Energielosigkeit): ständig häufig mitunter selten nie

Allgemeinbefinden: gut mäßig schlecht Müde / Schlapp / Burn-Out: ja nein

Stimmungslage: ausgeglichen stark schwankend häufig deprimiert depressiv aufbrausend

Sexualfunktion (Libido / Lust auf Sex): gut ausreichend gering erloschen

Erektionsfähigkeit: einwandfrei manchmal schwach oft schwach erloschen

Prostata-Beschwerden (Schmerzen, schwacher Harnstrahl, Nachträpfeln): ja nein

Bisherige Erkrankungen: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Schwachpunkte im Körper (bekannte Risiken):

Herz / Kreislauf / Blutdruck / Blutfette Verdauung / Magen / Darm Stoffwechsel / Schilddrüse / Gewicht

Psyche / Stimmungslage / Denken Gelenke / Knochen / Sehnen / Wirbelsäule Haut / Bindegewebe / Haare / Nägel

Augen / Ohren / Mund / Schleimhäute Nieren / Leber / Bauchspeicheldrüse Immunsystem (häufige Infekte / Allergien)

Einnahme von Medikamenten (Präparat / Dosierung / Wie oft?): _____

Anwendung von Hormonen (Präparat / Dosierung / Wie oft?): _____

Einnahme von Vitaminen, Mikronährstoffen, sonstigen Produkten (Präparat / Dosierung / Wie oft?): _____

Ort / Datum

Unterschrift