



Anamnesebogen / Wohlfühlgewicht

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

Sie wollen sich mit Ihrem Gewicht wohler zu fühlen? Wenn Sie diesen sehr detaillierten Fragebogen ausfüllen, kann ich besser einschätzen, wo bei Ihnen die Schwerpunkte liegen und wie ich Sie unterstützen kann, dieses Ziel zu erreichen.

In der Regel arbeite ich dabei mit einer **Kombination** aus Akupunktur, chinesischen Kräuterrezepturen und Hypnose, um den Stoffwechsel zu harmonisieren, Heißhungerattacken zu lindern, innere Blockaden zu lösen und Anspannung zu vermindern. Manche Patienten haben allerdings eine Vorliebe für bestimmte therapeutische Verfahren (zum Beispiel nur Akupunktur oder nur Hypnose). Sprechen Sie deshalb auf jeden Fall Ihre Vorstellungen und gegebenenfalls Fragen an, damit wir den passenden Weg für Sie finden. **Vielleicht wundern Sie sich, wenn viele der gestellten Fragen sich gar nicht mit Ihrem Anliegen beschäftigen.** Um Sie aber gut mit der chinesischen Medizin behandeln zu können, brauche ich auch Informationen, die gar nicht mit dem Thema Essen zu tun haben. So kann ich sehen, in welche Richtung sich ihr Körper energetisch balanciert hat und eine individuell auf Sie ausgerichtete Akupunktur- oder Kräutertherapie durchführen. Für jeden Patienten die gleiche, schematische Behandlung anzuwenden wäre bei weitem nicht so wirksam.

Um das ärztliche Gespräch und die Behandlung vorzubereiten, nehmen Sie sich bitte die Zeit und beantworten in Ruhe die folgenden Fragen und bringen Sie bitte auch wichtige Arztbriefe und Befunde mit.

Vielen Dank!

Name, Vorname:

Geburtsdatum, -ort, wenn bekannt auch die Zeit:

Adresse:

Beruf:

Tel.-Nr: (Festnetz):

Tel.-Nr: (Mobil):

Email-Adresse:

Wer hat sie empfohlen?

Krankenversicherung:

feste Partnerschaft ledig verwitwet Kinder: Nein Ja, Anzahl:

Größe:

aktuelles Gewicht:

Gibt es ein Zielgewicht?:

Gibt es bei Ihnen Erkrankungen, die mit dem erhöhten Gewicht zu tun haben?

Haben Sie andere Erkrankungen unabhängig von dem Gewicht?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel (z.B. Calcium, Selen, Vitamine, Algen o.ä.) ein, wenn ja welche?

Welche dieser Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? Z.B. Bluthochdruck, Übergewicht, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankungen, Anorexie, Bulimie, Rauchen, Alkoholismus, andere Suchterkrankungen, Depression, Ängste, Zwänge, Selbstmord, Todesfälle unter 60 Jahren, o.ä.

Mutter:

Vater:

Großeltern mütterlicherseits:

Großeltern väterlicherseits:

Geschwister, Onkel, Tanten:

Bei der Beantwortung der folgenden Fragen bitte zutreffende Zahl ankreuzen

1 = nein/ nie

2 = leicht/ gelegentlich

3 = stärker/ häufig

4 = ausgeprägt/ ständig/ sehr oft

Lebensführung

Arbeiten Sie zu viel? 1 2 3 4 Alkohol 1 2 3 4

Treiben Sie Sport? 1 2 3 4 Kaffee 1 2 3 4

Nikotin 1 2 3 4

Leben Sie in feuchter Umgebung (Arbeitsplatz/ Wohnung) 1 2 3 4

Computer/Fernsehen/Smartphone Std./Tag _____

Haben Sie ein Hobby, was Ihnen Freude macht? Wenn ja, welches?

Allgemeine Symptome

Abgeschlagenheit	1 2 3 4	Schwindel	1 2 3 4
Blässe	1 2 3 4	Nachtschweiß	1 2 3 4
Schnell erschöpft	1 2 3 4	Brüchige Nägel	1 2 3 4
Durst vermindert	1 2 3 4	Hitzeempfindlich	1 2 3 4
Durst vermehrt	1 2 3 4	Kälteempfindlich	1 2 3 4
Nervosität	1 2 3 4	Aufsteigende Hitze	1 2 3 4
Schweißausbrüche	1 2 3 4	Kalte Hände/Füße	1 2 3 4
Heiße Hände/Füße			1 2 3 4
Taubheitsgefühl in Händen/Füßen			1 2 3 4
Geschwollene Hände/Füße			1 2 3 4
Zugluft-/Windempfindlichkeit			1 2 3 4
Gefühl wie „Watte im Kopf“			1 2 3 4
Leiden Sie unter Haarausfall			1 2 3 4
Haben Sie frühzeitig graue Haare bekommen			1 2 3 4

Herz-Kreislauforgane

Schneller unregelmäßiger Puls	1 2 3 4
Langsamer Puls	1 2 3 4
Herzschwäche	1 2 3 4
Herzstiche	1 2 3 4
Hoher Blutdruck	1 2 3 4
Niedriger Blutdruck	1 2 3 4
Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen d. Kopfes	1 2 3 4

Magen-Darm-Trakt

Sind Ihre Lippen häufig trocken und rissig	1 2 3 4
Haben Sie einen trockenen Mund/Hals	1 2 3 4
Knirschen Sie mit den Zähnen?	1 2 3 4
Leiden Sie häufig unter Herpesbläschen der Lippe	1 2 3 4
Leiden Sie häufig unter Zahnfleischentzündungen	1 2 3 4
Haben Sie tote Zähne, Wurzelresektionen	ja/nein
Leiden Sie oft unter schlechtem Mundgeruch	1 2 3 4
Leiden Sie unter Sodbrennen	1 2 3 4
Leiden Sie unter Übelkeit	1 2 3 4
Haben Sie erst mittags Hunger	1 2 3 4
Sind bei Ihnen Gallensteine bekannt	1 2 3 4
Leiden Sie unter Nahrungsmittelunverträglichkeiten	1 2 3 4
Wenn ja welche: _____	

Besteht bei Ihnen ein Gebärmuttervorfall	1 2 3 4
Besteht bei Ihnen ein Darmvorfall	1 2 3 4
Leiden Sie unter Bindegewebschwächen	1 2 3 4
Besteht die Neigung zu Wassereinlagerungen	1 2 3 4
Besteht bei Ihnen Blutungsneigung	1 2 3 4
Besteht bei Ihnen Blutarmut (Anämie)	1 2 3 4

Leiden Sie unter Verstopfung	1 2 3 4
Haben Sie weichen Stuhl	1 2 3 4
Leiden Sie unter Durchfall	1 2 3 4
Leiden Sie unter Koliken	1 2 3 4

Atmungsorgane

Sind bei Ihnen Allergien bekannt	1 2 3 4
Leiden Sie häufig unter verstopfter Nase	1 2 3 4
Leiden Sie unter Heuschnupfen	1 2 3 4
Wurden Nasenpolypen bei Ihnen festgestellt	1 2 3 4
Leiden Sie gehäuft unter einer Bronchitis	1 2 3 4
Leiden Sie unter Raucherhusten	1 2 3 4
Leiden Sie unter wiederkehrenden Lungenentzündungen	1 2 3 4
Leiden Sie an Asthma	1 2 3 4

Haut

Leiden Sie unter Schuppenbildung	1 2 3 4
Feuchten, nässenden Hautausschlägen	1 2 3 4
Haben Sie Warzen	1 2 3 4
Neigen Sie zu Nesselausschlägen	1 2 3 4
Haben Sie eine Schuppenflechte	1 2 3 4
Leiden Sie unter Neurodermitis	1 2 3 4
Ist Ihre Haut fettig	1 2 3 4
Besteht häufig Juckreiz	1 2 3 4
Leiden Sie unter Akne	1 2 3 4

Harn- und Geschlechtsorgane

Müssen Sie häufig zur Toilette	1 2 3 4
Müssen Sie nachts zur Toilette, wie oft?	
Können Sie das Wasser nicht halten	1 2 3 4
Besteht nächtliches Einnässen	1 2 3 4
Wiederkehrende Blasenentzündung	1 2 3 4
Chronische Nierenentzündung	1 2 3 4
Leiden Sie unter Nierenkolik	1 2 3 4
Besteht eine Nierenleistungsstörung	1 2 3 4
Besteht eine Prostataentzündung	1 2 3 4
Leiden Sie unter vorzeitigem Samenergüssen	1 2 3 4
Besteht eine Unfruchtbarkeit, Impotenz	1 2 3 4
Haben Sie eine Verminderung von Vaginalsekret	1 2 3 4
Haben Sie vaginalen Ausfluss	1 2 3 4
Regelmäßige Menses....	1 2 3 4
....dabei viel Blutverlust	1 2 3 4
....klumpiges Blut	1 2 3 4
....Schmerzen	1 2 3 4
Hatten Sie Frühgeburten	1 2 3 4
Haben Sie Myome der Gebärmutter	1 2 3 4

Gehör und Sehen

Besteht bei Ihnen Schwerhörigkeit	1 2 3 4
Leiden Sie unter Ohrgeräuschen/Tinnitus	1 2 3 4
Leiden Sie unter Schwindelgefühlen	1 2 3 4
Leiden Sie unter verschwommenen Sehen	1 2 3 4
gerötete/trockene Augen	1 2 3 4
Gibt es andere Augenerkrankungen?	

Bewegungsapparat

Haben Sie Osteoporose	1 2 3 4
Haben Sie chronische Gelenkentzündungen	1 2 3 4
Haben Sie Rücken- und Knieschmerzen	1 2 3 4
Leiden Sie unter Beschwerden anderer Gelenke	1 2 3 4
Leiden Sie unter Muskelkrämpfen	1 2 3 4
Neigen Sie zu Muskelverspannungen	1 2 3 4
Haben ein enges Gefühl/ Spannung im Brustkorb	1 2 3 4
Leiden Sie unter leicht überdehnbaren Bändern	1 2 3 4
Haben Sie häufig Schulter-/ Nackenschmerzen	1 2 3 4
Hatten Sie Knochenbrüche	0 Ja 0 Nein

Schlafgewohnheiten:

Leiden Sie unter Einschlafstörungen	1 2 3 4
Leiden Sie unter Durchschlafstörungen	1 2 3 4
Brauchen Sie viel Schlaf	1 2 3 4
Sind Sie tagsüber müde	1 2 3 4
Leiden Sie unter Alpträumen	1 2 3 4
Sind Sie ein Morgenmuffel	1 2 3 4
Leiden Sie unter nächtlicher Unruhe	1 2 3 4

Emotionen

Neigen Sie zu übertriebener Selbstkritik	1 2 3 4
Machen Sie sich viele Sorgen, Kopfzerbrechen	1 2 3 4
Sind Sie häufig lethargisch, träge	1 2 3 4
Sind Sie häufig traurig	1 2 3 4
Erschöpft durch Trauer und Kummer	1 2 3 4
Sind Sie unruhig, ängstlich	1 2 3 4
Neigen Sie zu Reizbarkeit	1 2 3 4
Kloßgefühl im Hals vor Ärger	1 2 3 4
Können Sie sich gut entspannen	1 2 3 4
„ich bin zufrieden“, stimmt das?	1 2 3 4

Schildern Sie bitte auf der Rückseite, was Sie an einem durchschnittlichen Tag essen und trinken.

Wieviel Zeit und Energie beansprucht das Thema Essen/Gewicht in Ihrem Leben. Bitte skalieren Sie annähernd zwischen 0% -100% (100% = nimmt mich vollständig ein)

Seit welchem Lebensalter sind Sie übergewichtig? Gab es ein auslösendes Ereignis?

Folgen Sie aktuell oder früher bestimmten Ernährungsrichtlinien (z.B. vegan, Trennkost, low-carb, o.ä.)?

Wieviele Diäten haben Sie schon gemacht und wenn ja seit welchem Lebensalter?

Besteht oder bestand bei Ihnen eine Essstörung und wenn ja, waren Sie deshalb jemals in klinischer Behandlung?

Welche Geschmacksrichtung bevorzugen Sie?

Gibt es „Problem“-Nahrungsmittel oder -Getränke, die Sie im speziellen mit Ihrem Übergewicht in Zusammenhang bringen (z.B. Schokolade, Weizenprodukte, o.a.)?

Gibt es für Sie häufig Situationen, in denen die Höflichkeit es möglicherweise verlangt, dass Sie es essen und Sie können nur schwer Maß halten (z.B. Geschäftsessen, Familienfeiern, o.a.)?

Gibt es Heißhungerattacken und wenn ja wieviel essen Sie dabei?

Welches sind die problematischen Beziehungen in Ihrem Leben und welche unterstützen Sie am meisten?

Versuchen Sie bitte stichpunktartig die Beziehung zu Ihrer Mutter und die zu ihrem Vater zu skizzieren.

Gibt es Menschen, die es nicht so sehr begrüßen würden, oder denen Sie sich nicht mehr so nah fühlen könnten, wenn Sie Ihr Wunschgewicht haben?

Was hat Sie nach Ihrer Einschätzung in der Vergangenheit am stärksten daran gehindert, dauerhaft Ihr Idealgewicht zu erreichen?

Bitte kreuzen Sie an, wie wahrscheinlich es zu dem heutigen Zeitpunkt, also vor Therapiebeginn, wäre, dass sie in den folgenden Situationen über ihr Sättigungsgefühl hinaus/ zuviel essen?

1-unwahrscheinlich; 2-möglich; 3-eher wahrscheinlich; 4-wahrscheinlich; 5-sicher

Auf Partys oder im Restaurant	1 2 3 4 5
Wenn andere viel essen	1 2 3 4 5
Bei Angst und Nervosität	1 2 3 4 5
Wenn ich mich ärgere	1 2 3 4 5
Wenn ich gestresst bin, viel Arbeit habe	1 2 3 4 5
Wenn mein Lieblingsessen in greifbarer Nähe ist	1 2 3 4 5
Wenn ich mich nicht so gut konzentrieren kann/ müde werde	1 2 3 4 5
Wenn ich mich für etwas belohnen möchte	1 2 3 4 5
Wenn ich mich abends einsam/frustriert/leer fühle	1 2 3 4 5
Wenn ich eine Pause mache	1 2 3 4 5

Gibt es noch etwas Wichtiges zum Verständnis Ihres Anliegens, was bisher noch nicht angesprochen wurde?

Ort/Datum/Unterschrift