



Anamnesebogen

Sie haben sich dazu entschlossen, eine Gesundheitsuntersuchung durchführen zu lassen. Um diese gründlich und effektiv ausführen zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen auszufüllen.

Eigene Krankenvorgeschichte

Allergien	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Bluthochdruck	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Herzkrankheit	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Zuckerkrankheit	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Zu hohes Cholesterin	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Nierenkrankheiten	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Lungenerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Herzinfarkt	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Schlaganfall	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Krebserkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Schilddrüse	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Osteoporose	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Krebs	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Sonstiges: _____

Unsere Fragen zum Gewichtsmanagement

Welche der folgenden Aussagen trifft am ehesten die Geschichte Ihres Gewichtes? Bitte ankreuzen:

1. Ich habe seit meiner Kindheit Probleme mit dem Gewicht
2. Ich habe im Erwachsenenalter allmählich an Gewicht zugenommen
3. Ich konnte nach einer Schwangerschaft nicht weiter abnehmen
4. Ein bestimmtes Erlebnis hat die Gewichtszunahme ausgelöst
5. Ich habe keine Probleme mit meinem Gewicht und möchte so bleiben wie ich bin

Was trifft am ehesten Ihr Ziel?

1. Ich möchte mein aktuelles Gewicht halten
2. Ich möchte 2,5-5 kg abnehmen
3. Ich möchte 5-10 kg abnehmen
4. Ich möchte 10-15 kg abnehmen
5. Ich möchte mehr als 15 kg abnehmen

Was fällt Ihnen schwer?

1. Mich gesund zu ernähren
2. Einen aktiven Lebensstil beizubehalten
3. Beides ist kein Problem für mich

Dr. med. Dominik Stehle

Sportmedizin
Chirotherapie
Ernährungsmedizin

Markt 15 · 24306 Plön
Tel. 04522 2282
Fax 04522 2249

info@dr-stehle.de
www.dr-stehle.de

Sprechzeiten:
Mo. bis Fr. 8-13 Uhr
Mo. und Do. 17-19 Uhr

Bankverbindung:
Kto.: 0203420108
BLZ: 210 906 619
Deutsche Ärzte- und
Apothekerbank Kiel



Eigene Krankenvorgeschichte

Bitte kreuzen Sie an.

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Herzinfarkt | <input type="radio"/> |
| Herzenge | <input type="radio"/> |
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> |
| Koronare Herzkrankheit | <input type="radio"/> |
| Herzschwäche | <input type="radio"/> |
| Schlaganfall | <input type="radio"/> |
| Durchblutungsstörung in den Beinen | <input type="radio"/> |
| Hohe Blutfettwerte | <input type="radio"/> |
| Diabetes | <input type="radio"/> |
| Übergewicht | <input type="radio"/> |
| Gelenkerkrankungen | <input type="radio"/> |
| Sonstiges: _____ | |

Familiäre Krankenvorgeschichte

- | | |
|--|-----------------------|
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> |
| Herzkrankheit | <input type="radio"/> |
| Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> |
| Zu hohes Cholesterin | <input type="radio"/> |
| Nierenkrankheiten | <input type="radio"/> |
| Lungenerkrankung | <input type="radio"/> |
| Krebserkrankung | <input type="radio"/> |
| Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____ | |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel? _____ | |
| Wie viel Stunden Schlaf haben Sie durchschnittlich am Tag? _____ | |

Körperliche Aktivität

Wie oft machen Sie mindestens 60 Minuten Ausdauertraining (Nordic Walking, Tennis, Schwimmen etc.)?

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| Selten oder nie 60 Minuten | <input type="radio"/> |
| 1-2 x pro Woche | <input type="radio"/> |
| 3-5 x pro Woche | <input type="radio"/> |
| 6-7 x pro Woche | <input type="radio"/> |

Machen Sie mindestens 2x pro Woche oder häufiger Krafttraining (Liegestütz, Klimmzüge, Gewichte heben oder Gerätetraining)?

- | | |
|------|-----------------------|
| Ja | <input type="radio"/> |
| Nein | <input type="radio"/> |

Welche Aussage beschreibt am besten Ihre Aktivität in der Woche?

- | | |
|--|-----------------------|
| 1. Ich sitze oder stehe den meisten Tag und mache keine geplanten Übungen | <input type="radio"/> |
| 2. Ich sitze oder stehe den meisten Tag, mache aber gelegentlich Fit-
nestraining | <input type="radio"/> |
| 3. Ich bin tagsüber aktiv und mache fast jeden Tag 30 Minuten Fitness-
übungen | <input type="radio"/> |
| 4. Ich bin Athlet oder leiste schwere körperliche Arbeit | <input type="radio"/> |

Dr. med.
Dominik Stehle
Sportmedizin
Chirotherapie
Ernährungsmedizin

Markt 15 · 24306 Plön
Tel. 04522 2282
Fax 04522 2249

info@dr-stehle.de
www.dr-stehle.de

Sprechzeiten:
Mo. bis Fr. 8-13 Uhr
Mo. und Do. 17-19 Uhr

Bankverbindung:
Kto.: 0203420108
BLZ: 210 906 619
Deutsche Ärzte- und
Apothekerbank Kiel



Welche Aussagen treffen für Sie am ehesten zu?

- | | |
|--|-----------------------|
| 1. Ich habe keine Zeit Sport zu treiben | <input type="radio"/> |
| 2. Ich bin oft zu müde Sport zu treiben | <input type="radio"/> |
| 3. Ich habe noch nie regelmäßig Sport getrieben | <input type="radio"/> |
| 4. Ich mag Sport nicht | <input type="radio"/> |
| 5. Ich schwitze nicht gerne | <input type="radio"/> |
| 6. Ich möchte keine ausgeprägten Muskeln haben | <input type="radio"/> |
| 7. Ich habe keinen Platz um Sport zu treiben | <input type="radio"/> |
| 8. Das Wetter hindert mich oft daran, Sport zu treiben | <input type="radio"/> |
| 9. Gar nichts trifft zu | <input type="radio"/> |
| 10. am ehesten würde zutreffen: | <input type="radio"/> |

Ihre Größe:

Ihr Gewicht:

Ihr Alter:

Ihr Geschlecht:

Dr. med.
Dominik Stehle
Sportmedizin
Chirotherapie
Ernährungsmedizin

Markt 15 · 24306 Plön
Tel. 04522 2282
Fax 04522 2249

info@dr-stehle.de
www.dr-stehle.de

Sprechzeiten:
Mo. bis Fr. 8-13 Uhr
Mo. und Do. 17-19 Uhr

Bankverbindung:
Kto.: 0203420108
BLZ: 210 906 619
Deutsche Ärzte- und
Apothekerbank Kiel