

Anamnesebogen zum Vitality- Scan

Name:
Geburtsdatum:
Körpergröße in cm:
Körpergewicht in kg:
Email-Adresse:

Liegt eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen oder Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) vor? Bitte entsprechendes unterstreichen

Diabetes mellitus Typ 1/2, Fettstoffwechselstörung (erhöhte Blutfette), Nahrungsmittelallergien oder Unverträglichkeiten, Herz-Kreislauf-Beschwerden (Bluthochdruck), Krebs, Depression, Reizdarm oder Verdauungsprobleme, Osteoporose/Rheuma/Arthrose/Arthritis, Schilddrüsenerkrankungen

Leiden Sie an folgende Symptomen oder Empfindungen (bitte unterstreichen)

Konzentrationsmangel, Ohnmacht, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit/-störung, Kopfschmerzen, Migräne, Heißhungeranfälle, Vergesslichkeit, prämenstruelles Syndrom, Niedergeschlagenheit, Erschöpfung, kalter Schweiß, Müdigkeit, Innere Unruhe, Schwindelgefühle, Abgespanntheit, Schweißausbrüche, Unkoordiniertheit, Unausgeglichenheit, Verwirrtheit, Angstgefühle, Allergien, Herzklopfen, trockene Haut, spröde Haare/Nägel, Haarausfall, Schuppenbildung, Hautunreinheiten, Juckreiz, Darmträgheit, Aufstoßen, Verstopfung, Blähungen, trockne Augen, spontan tränen Augen, Fettansammlung am Bauch, Gelenksteifigkeit, Gelenkschmerzen, häufig grippale Infekte, Kribbeln in den Händen und Beinen, Blässe

Eventuelle Implantate (Herzschrittmacher) oder Organentfernungen? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Zur Ernährung

Wie viele Mahlzeiten inkl. Zwischenmahlzeiten essen Sie täglich?

Eine Mahlzeit essen Sie..... bewusst langsam schnell

Wie viel Wasser trinken Sie täglich?

Wie viel Kaffee/Tee trinken Sie täglich?

Wie oft essen Sie (täglich/wöchentlich/monatlich)

Frisches und saisonales BIO-Gemüse und Obst?

Fisch?

Fleisch/Wurst?

Fast Food/ Außer-Haus?

Milchprodukte?

Kartoffel, Ris, Nudel, Brot?

Fitness-Zustand

Sind Sie sportlich aktiv? ja nein

Wenn ja, wie oft die Woche?

Zur Gesundheit

Leiden Sie unter Stress? (1=kein Stress / 6=sehr viel Stress)

Wie sieht Ihr Alltag aus? (viel stehen, viel laufen oder eher bewegungsarm)

Zu welcher Uhrzeit gehen Sie ins Bett?

Wann wachen Sie auf?

Wie fühlen Sie sich nach dem aufstehen?

Nehmen Sie Ergänzungspräparate?

Wenn ja, welche?