



Name: _____

Anamnesebogen Ästhetische Endokrinologie

1. Familienvorgeschichte

Welche der folgenden Risikofaktoren oder Erkrankungen kamen bei Ihren Großeltern, Eltern oder Geschwistern vor?

<u>Eltern</u>	Alter:	<u>Großeltern</u>	Alter:	<u>Geschwister</u>	Alter:
<input type="radio"/> Bluthochdruck		<input type="radio"/> Bluthochdruck		<input type="radio"/> Bluthochdruck	
<input type="radio"/> Erhöhtes Cholesterin		<input type="radio"/> Erhöhtes Cholesterin		<input type="radio"/> Erhöhtes Cholesterin	
<input type="radio"/> Zuckerkrankheit Diabetes		<input type="radio"/> Zuckerkrankheit Diabetes		<input type="radio"/> Zuckerkrankheit Diabetes	
<input type="radio"/> Typ I		<input type="radio"/> Typ I		<input type="radio"/> Typ I	
<input type="radio"/> Typ II		<input type="radio"/> Typ II		<input type="radio"/> Typ II	
<input type="radio"/> Herzinfarkt		<input type="radio"/> Herzinfarkt		<input type="radio"/> Herzinfarkt	
<input type="radio"/> Angina pectoris		<input type="radio"/> Angina pectoris		<input type="radio"/> Angina pectoris	
<input type="radio"/> Schlaganfall		<input type="radio"/> Schlaganfall		<input type="radio"/> Schlaganfall	
<input type="radio"/> Osteoporose		<input type="radio"/> Osteoporose		<input type="radio"/> Osteoporose	
<input type="radio"/> Krebs		<input type="radio"/> Krebs		<input type="radio"/> Krebs	
Welche Art von Krebs:		Welche Art von Krebs:		Welche Art von Krebs:	
<input type="radio"/> Hauterkrankungen		<input type="radio"/> Hauterkrankungen		<input type="radio"/> Hauterkrankungen	
<input type="radio"/> Krampfadern		<input type="radio"/> Krampfadern		<input type="radio"/> Krampfadern	

2. Eigene Vorgeschichte

Wie sind Sie auf die Welt gekommen? **Natürliche Geburt**

Kaiserschnitt

Wenn ja, warum?

Sind Sie gestillt worden? **Ja** Wie lange? _____

Nein

War die Schwangerschaft, aus der Sie hervorgingen, eine unbelastete Schwangerschaft?

Haben Sie ein Trauma erlitten?

(Verlust naher Angehöriger, Scheidung der Eltern, Häusliche Gewalt, Missbrauch, Unfälle)

Haben Sie beruflichen Stress?

Haben Sie privaten Stress? (familiär, soziale Isolierung?)

Wohnen Sie an einer viel befahrenen Straße?

Arbeiten Sie in einer Stadt im Freien an einer viel befahrenen Straße?

3. Eigene Vorerkrankungen

	Ja	Nein	Wann
Hauterkrankungen <i>Wenn ja, welche?</i> <i>Schulmedizinisch bereits abgeklärt?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Krebserkrankungen <i>Wenn ja, welche?</i> <i>Wie behandelt? (Operation, Anti-Hormone, Chemotherapie)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Blutarmut-Blutkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Zu hohes Cholesterin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Zuckerkrankheit oder grenzwertiger Zuckerspiegel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Angina pectoris (Druck-oder Engegefühl in der Brust)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzkranzgefäßverengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzschwäche-Herzklappenfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Durchblutungsstörung der Beine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tiefe Beinvenenthrombose oder oberflächliche Venenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schlaganfall oder kurzfristige Durchblutungsstörung des Gehirns	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Entzündliche Gelenkerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Osteoporose-Bandscheibenvorfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Krampfanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere ungenannte Krankheiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Operationen? wenn ja welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Leiden Sie unter Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie erhöhte Blutfettwerte (Triglyceride)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Haben Sie ein zu hohes Cholesterin (LDL, HDL)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
--	-----------------------	-----------------------	--

4. Aktuelle Hautprobleme

Leiden Sie unter	Ja	Nein	Wie oft?
Neurodermitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Akne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rosacea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Psoriasis, Schuppenflechte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Krampfadern, Besenreiser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hautproblemen im Gesicht? Wenn ja, wo und was stört Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Falten <input type="radio"/> Auge <input type="radio"/> Nase <input type="radio"/> Stirn <input type="radio"/> Mund <input type="radio"/> Hals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cellulite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere Beschwerden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

e) Allgemeine Fragen zur Haut	Ja	Nein	Ggf. genauere Beschreibung
Knoten in der Haut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Warzen oder Leberflecke die gewachsen sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lymphknotenschwellungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haarausfall (wo, seit wann)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Verstärkte Körperbehaarung (wo, seit wann)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Andere Auffälligkeiten	Wie oft?	Am Tag?
Stuhlgang		
Durchfälle		
Verstopfung		
Konsistenz		
Geruch		

Allgemeine Fragen	Ja	Nein	Ggf. genauere Beschreibung
Bekannte Nahrungsmittelintoleranzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Histaminintoleranz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Häufiger grippale Infekte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Gehen Sie ins Sonnenstudio? <i>Wenn ja, wie oft?</i>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Nehmen Sie Sonnenbäder? <i>Wenn ja, wie oft?</i>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Tragen Sie <input type="radio"/> immer <input type="radio"/> manchmal <input type="radio"/> gar nicht Sonnenschutzcreme auf? Welcher Faktor?		

5. Medikamentenanamnese

Medikament: _____ Dosis: _____ Anzahl pro Tag: _____

Hormone? Wenn ja welche?

6. Nahrungsergänzungsmittel

Wirkstoff: _____ Dosis: _____ Anzahl pro Tag: _____

7. Schlafanamnese

Wieviel Stunden Schlaf brauchen Sie? _____

Wieviel bekommen Sie tatsächlich? _____

	Ja	Nein
Einschlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einschlafzeit in Minuten:	_____	
Durchschlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft wach?	_____	
Schnarchen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemaussetzer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Zahnmedizinische Anamnese

Gehen Sie regelmäßig zur
Professionellen
Zahnreinigung? Ja Nein

Leiden Sie unter Parodontitis
(Zahnfleischentzündung)? Ja Nein

9. Augen

Leiden Sie unter trockenen Augen?

Ja Nein

10. Ernährungsanamnese

Wie viele Portionen Obst und Gemüse am Tag?

Welches Obst?

Welches Gemüse?

Wie oft Vollkornprodukte am Tag?

Vegetarisch? Ja Nein

Wie oft Fleisch pro Woche?

Rotes Fleisch?

Weißes Fleisch?

Wie oft Wurst / Wurstaufschnitt /
Fleischaufschnitt pro Woche?

Wie viele Eier pro Woche?

Essen Sie Nüsse? Wie oft?

Essen Sie Margarine / Butter?

Mit welchen Fetten braten Sie?

Wie oft Milchprodukte am Tag?

Welche Milchprodukte?

Milch Quark Joghurt Käse

Wie oft Fisch pro Woche?

Welche Fischarten?

Wildfisch Zuchtfisch

Wie häufig frittierte/panierte
Speisen pro Woche?

Grillen Sie? Wenn ja, wie oft?

Wie oft Limonaden, Light-Getränke
oder Fruchtsäfte pro Woche?

Wie oft Süßigkeiten pro Woche?

Wieviel trinken Sie am Tag? Was?

Trinken/essen Sie nachts?

Ja Nein

Trinken Sie Alkohol?

Ja Nein

Wenn ja, wie viele Gläser am
Tag/Woche? Wein/Bier/Drinks?

Woraus trinken Sie?

Plastikflaschen Glasflaschen

Nutzen Sie viele Konserven zur Herstellung Ihrer Nahrung? _____

11. Sportanamnese

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Wenn ja, welchen Sport, wie oft und wie lange pro Woche? _____

Gehen Sie 10.000 Schritte am Tag? (Frauen ca. 6,5 km, Männer ca. 7,5 km) Ja Nein

Größe _____

Gewicht _____

12. Gynäkologische Anamnese

Erste Regelblutung mit _____ Jahren

Letzte Regelblutung mit _____ Jahren

Geburten: keine

1. Geburt/Jahr: _____ spontan Saugglocke Kaiserschnitt gestillt

2. Geburt/Jahr: _____ spontan Saugglocke Kaiserschnitt gestillt

3. Geburt/Jahr: _____ spontan Saugglocke Kaiserschnitt gestillt

4. Geburt/Jahr: _____ spontan Saugglocke Kaiserschnitt gestillt

Verhütungsmethode: _____
z.B. Pille, Kondome, Sterilisation usw.

13. Nikotin

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, was? _____

Zigaretten, Zigarillos, Pfeife, andere Suchstoffe? Ja Nein

Wie viel am Tag? _____

Seit wann? _____

Sind Sie ehemaliger Raucher/in? Ja Nein

Seit wann rauchen Sie nicht mehr? _____

14. Berufliche Anamnese

Welchen Beruf führen Sie derzeit aus? _____

Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss? _____

Arbeiten Sie in Teilzeit oder Vollzeit? _____

Üben Sie eine Tätigkeit aus, in der Sie mit

- Bioziden (Produkte die Schädlinge, Algen, Pilze oder Bakterien bekämpfen)
- Industriegiften
- Lösungsmitteln wie Farben, Lacken, Klebstoffen
- Schwefelkohlenwasserstoffen
(Mercaptane wie Antioxidationsmittel, Alterungsschutzmittel oder Desinfektionsmittel)
- Titan
- Weichmachern

umgehen müssen?

Vertragen Sie Deo? Ja Nein

Arbeiten Sie zu Hause mit diesen Mitteln?

- Renovierungen
- Gartenarbeit
- oder ähnliches

15. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Freunde
- Internet
- Ärzte/Heilpraktiker

Bitte bringen Sie uns alle Laborbefunde und Untersuchungsergebnisse mit, die in den letzten 2 Jahren bei Ihnen erhoben wurden.

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!