Katalog

Berufsanamnese……1
Bewegungsanamnese……2
Sozialanamnese……3
Ernährungsanamnese ……4
Somatisierung ……5

BERUFSANAMNESE:

Was machen Sie beruflich? _____

Ihre durchschnittliche Arbeitszeit beträgt:

Stunden pro Woche: _____ (Ist) / _____ (Soll)

Stunden pro Tag: _____ (Ist) / _____ (Soll)

Arbeitstage pro Woche: _____ (Ist) / _____ (Soll)

Sind Sie häufig auf Dienstreise? ☐ ja ☐ nein

wenn ja: ☐ regional ☐ national ☐ international _____ Tage /Monat

Arbeiten Sie in Wechselschichten / im Schichtdienst? ☐ ja ☐ nein

☐ Früh *(6-14)* ☐ Spät *(14-22)* ☐ Nacht *(22-6)* ☐ Tag *(8-16)* ☐ Abend *(12-20)*

_____ _____ _____ _____ _____

Wie viele Urlaubstage nehmen Sie sich im Jahr? _____

Wie oft machen Sie (Erholungs-) Urlaub im Jahr? _____

Sind Sie eher geistig oder körperlich tätig?

☐ geistig ☐ körperlich ☐ gleichermaßen geistig und körperlich

Arbeiten Sie vorwiegend im Sitzen oder Stehen?
(Bitte nur eine Antwort geben)

☐ Sitzend wenn ja, verändern Sie häufig ihre Position? ☐ ja ☐ nein

☐ Stehen

Machen Sie regelmäßig Arbeitspausen ?

☐ immer ☐ meistens ☐ häufig ☐ selten ☐ nie

Wie lange machen Sie Pause? _____

Wie nutzen Sie Ihre Pause? _____

BEWEGUNGSANAMNESE:

_____

Wie ist ihre berufliche Tätigkeit?
(Bitte nur eine Antwort angeben)

- ☐ intensive berufliche und sportliche Bewegung
- ☐ mäßige berufliche und sportliche Bewegung
- ☐ sitzende Arbeitsweise und intensiver Sport
- ☐ sitzende Arbeitsweise und mäßiger Sport
- ☐ sitzende Arbeitsweise und wenig Sport
- ☐ körperliche Inaktivität

Wie gelangen Sie zur Arbeit?
(Mehrfachauswahl möglich)

☐ zu Fuß ☐ mit dem Auto ☐ mit öffentlichen Verkehrsmittel ☐ mit dem Fahrrad ☐

Sonstige _____

Wenn Sie die Wahl haben, nehmen Sie eher die Treppe oder den Aufzug/Rolltreppe?

☐ Treppe ☐ Aufzug/Rolltreppe

Betreiben Sie in ihrer Freizeit regelmäßig Sport? Wie oft die Woche? Wie lange? ☐ ja ☐ nein

Sportart 1: _____ _____mal _____ min

Sportart 2: _____ _____mal _____ min

Sportart 3: _____ _____mal _____ min

Welche Entspannungs- und Regenerationsmaßnahmen führen Sie regelmäßig durch?

_____

Bei welchen Tätigkeiten, Aktivitäten und/oder in welchen Momenten können Sie besonders gut entspannen?

_____

Machen Sie zwischendurch (regelmäßig) Lockerungs- oder Dehnungsübungen?

☐ ja ☐ nein ☐ nein, würde dies aber gerne unter Anleitung tun

SOZIALANAMNESE:

Wie ist ihr aktueller Familienstand?

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Wohnen Sie alleine oder in einer Gemeinschaft?

☐ allein ☐ Partnerschaft ☐ Ehe ☐ Familie ☐ Wohngemeinschaft

Bestehen momentan familiäre / berufliche Konflikte?

☐ ja, privat ☐ ja, beruflich ☐ nein

Haben Sie „große“ familiäre Verpflichtungen *(z.B. Haushalt, Pflege von Angehörigen)*?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: _____

Haben Sie „große“ soziale Verpflichtungen *(z.B. in Vereinen oder Organisationen)*?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: _____

Haben Sie starken beruflichen oder privaten Termin- / Leistungsdruck?

☐ ja, beruflich ☐ ja, privat ☐ nein

Sind Sie meistens/häufig in Eile (z.B. Gehen, Essen)? ☐ ja ☐ nein

Beschäftigen Sie Dinge der Arbeit auch während der Freizeit? ☐ ja ☐ nein

Beschäftigen Sie unangenehme Dinge noch sehr lange? ☐ ja ☐ nein

Beschäftigen Sie sich mit mehreren Dingen gleichzeitig? ☐ ja ☐ nein

Wie würden Sie ihr Sprechtempo einstufen?

☐ sehr schnell ☐ schnell ☐ mäßig ☐ ruhig ☐ bedächtig

Wieviel Zeit haben Sie an einem gewöhnlichen Tag für sich (allein sein, nichts tun, spazieren gehen)?

☐ mehr als 3 Std. ☐ 2 - 3 Std. ☐ 1 - 2 Std. ☐ weniger als 1Std. ☐ keine

ERNÄHRUNGSANAMNESE:

_____

Haben Sie (häufig) Geschäftsessen? ☐ ja ☐ nein _____ pro Monat

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie durchschnittlich am Tag ein?

☐ 1 - 2 Mahlzeiten ☐ 3-4 Mahlzeiten ☐ mehr als 4 Mahlzeiten

Bemerkungen: _____

Essen Sie zu festen Uhrzeiten oder eher unregelmäßig? ☐ unregelmäßig ☐ feste Zeiten

Wie oft essen Sie warme Mahlzeiten? _____ pro Tag und wann:

Wie fühlen Sie sich nach dem Essen ?

Bemerkungen: _____

Bereiten Sie Ihre Mahlzeiten selbst zu?

☐ nie ☐ selten ☐ häufig ☐ meistens

Verwenden Sie Fertiggerichte?

☐ nie ☐ selten ☐ häufig ☐ meistens

Wie schätzen Sie selbst Ihre Ernährung bzgl. der Lebensmittelauswahl ein?

☐ ausgewogen ☐ eher einseitig ☐ unterschiedlich

Wieviel Zeit nehmen Sie sich im Durchschnitt für die Nahrungsaufnahme? _____ min

Wo nehmen Sie Ihre Mahlzeiten zu sich?

☐ zu Hause ☐ unterwegs ☐ Kantine ☐ Restaurant

Wie viel Wasser trinken Sie täglich?

Wasser:	☐ still/naturell	☐ medium	☐ viel Kohlensäure	☐ mit Geschmack
Menge:	☐ < 0,5 Liter	☐ 0,5 - 1 Liter	☐ 1 - 2 Liter	☐ > 2 Liter

Wie oft trinken/essen Sie …

Kaffee/Schw. Tee	☐ nie	☐ 1-2 Tassen tägl.	☐ 3-4 Tassen tägl.	☐ > 4 Tassen tägl.
Alkohol	☐ nie	☐ ____ Gläser/Woche	☐ ____ Gläser/tägl.	_____
Fertigprodukte	☐ nie	☐ 1-2x Woche	☐ 3-4x Woche	☐ > 4x Woche
Fastfood	☐ nie	☐ 1-2x Woche	☐ 3-4x Woche	☐ > 4x Woche

GESUNDHEITSANAMNESE (PHQ-15):

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten *4* Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Bauchschmerzen
(Bitte nur eine Antwort angeben)

0 ☐ Überhaupt nicht
1 ☐ Wenig beeinträchtigt
2 ☐ Stark beeintächtigt

Rückenschmerzen
Bitte nur eine Antwort angeben)

☐ Überhaupt nicht
☐ Wenig beeinträchtigt
☐ Stark beeintächtigt

Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüfte usw.)
Bitte nur eine Antwort angeben)

☐ Überhaupt nicht
☐ Wenig beeinträchtigt
☐ Stark beeintächtigt

Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Mens. nur bei Frauen
Bitte nur eine Antwort angeben)

☐ Überhaupt nicht
☐ Wenig beeinträchtigt
☐ Stark beeintächtigt

Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr
Bitte nur eine Antwort angeben)

☐ Überhaupt nicht
☐ Wenig beeinträchtigt
☐ Stark beeintächtigt

Kopfschmerzen
Bitte nur eine Antwort angeben)

☐ Überhaupt nicht
☐ Wenig beeinträchtigt
☐ Stark beeintächtigt

Schmerzen im Brustbereich
Bitte nur eine Antwort angeben)

☐ Überhaupt nicht
☐ Wenig beeinträchtigt
☐ Stark beeintächtigt

Schwindel
Bitte nur eine Antwort angeben)

☐ Überhaupt nicht
☐ Wenig beeinträchtigt
☐ Stark beeintächtigt

Ohnmachtsanfälle
Bitte nur eine Antwort angeben)

☐ Überhaupt nicht
☐ Wenig beeinträchtigt
☐ Stark beeintächtigt

Herzklopfen od. Herzrasen
Bitte nur eine Antwort angeben)

☐ Überhaupt nicht
☐ Wenig beeinträchtigt
☐ Stark beeintächtigt

TherapieZeitRaum
Osteopathie & Naturheilkunde & Physiotherapie
Dirk Breitenbach

GESUNDHEITSANAMNESE (PHQ-15):

Kurzatmigkeit
Bitte nur eine Antwort angeben)

- ☐ Überhaupt nicht
- ☐ Wenig beeinträchtigt
- ☐ Stark beeintächtigt

Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall
Bitte nur eine Antwort angeben)

- ☐ Überhaupt nicht
- ☐ Wenig beeinträchtigt
- ☐ Stark beeintächtigt

Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbescherden
Bitte nur eine Antwort angeben)

- ☐ Überhaupt nicht
- ☐ Wenig beeinträchtigt
- ☐ Stark beeintächtigt

Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf
Bitte nur eine Antwort angeben)

- ☐ Überhaupt nicht
- ☐ Wenig beeinträchtigt
- ☐ Stark beeintächtigt

Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben
Bitte nur eine Antwort angeben)

- ☐ Überhaupt nicht
- ☐ Wenig beeinträchtigt
- ☐ Stark beeintächtigt

_____

Wert: _____