

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 beeinträchtigt

Rückenschmerzen
(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Überhaupt nicht
- Wenig beeinträchtigt
- Stark beeinträchtigt

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

- Überhaupt nicht
- Wenig beeinträchtigt
- Stark beeinträchtigt

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

- Überhaupt nicht
- Wenig beeinträchtigt
- Stark beeinträchtigt

Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr
(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Überhaupt nicht
- Wenig beeinträchtigt
- Stark beeinträchtigt

Kopfschmerzen
(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Überhaupt nicht
- Wenig beeinträchtigt
- Stark beeinträchtigt

Schmerzen im Brustbereich
(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Überhaupt nicht
- Wenig beeinträchtigt
- Stark beeinträchtigt

Schwindel
(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Überhaupt nicht
- Wenig beeinträchtigt
- Stark beeinträchtigt

Ohnmachtsanfälle
(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Überhaupt nicht
- Wenig beeinträchtigt
- Stark beeinträchtigt

Herzklopfen od. Herzrasen
(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Überhaupt nicht
- Wenig beeinträchtigt
- Stark beeinträchtigt

GESUNDHEITSANAMNESE (PHQ-15):

Kurzatmigkeit

Bitte nur eine Antwort angeben)

- Überhaupt nicht
- Wenig beeinträchtigt
- Stark beeinträchtigt

Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall

Bitte nur eine Antwort angeben)

- Überhaupt nicht
- Wenig beeinträchtigt
- Stark beeinträchtigt

Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden

Bitte nur eine Antwort angeben)

- Überhaupt nicht
- Wenig beeinträchtigt
- Stark beeinträchtigt

Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf

Bitte nur eine Antwort angeben)

- Überhaupt nicht
- Wenig beeinträchtigt
- Stark beeinträchtigt

Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben

Bitte nur eine Antwort angeben)

- Überhaupt nicht
- Wenig beeinträchtigt
- Stark beeinträchtigt

Wert: _____