

Anamnesbogen zum Vitality- Scan

Name:

Geburtsdatum:

Größe (cm) / Gewicht (kg):

- Die Datenschutzvereinbarung habe ich zur Kenntnis genommen, gelesen und akzeptiert.
- Datenschutzrechtliche Einwilligung für unsichere Kommunikationswege (WhatsApp, Facebook, Email, etc.) habe ich zur Kenntnis genommen, gelesen und akzeptiert.

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, Osteoporose/ Rheuma/Arthrose/Arthritis, Schilddrüsenerkrankungen, grauer Star, Schlaganfall, Fettleber, Multiple Sklerose, Darmentzündungen, Thrombose, Bandscheibenvorfall, Sonstiges.....

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, extremes Schwitzen, Unausgeglichenheit, Verwirrtheit, Angstgefühle, Allergien, Herzklopfen-/rasen, trockene Haut, spröde Haare/Nägel, Haarausfall, Schuppenbildung, Hautunreinheiten, Juckreiz, Darmträgheit, Aufstoßen, Verstopfung, Reizdarm, 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, Reis, Nudel, Brot?

Fitness-Zustand

Sind Sie sportlich aktiv? ja nein Häufigkeit pro 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?