

Anamnesebogen zum Thema chronische Erschöpfung

Datum:

Persönliche Angaben

Vorname:

Name:

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum:

Körpergröße/ Gewicht:

Geschlecht:

Beruf:

Wie viele Wochenstunden arbeiten Sie:

An welchen Wochentagen:

Täglich:

Bitte lesen Sie den Anamnesebogen in Ruhe durch, bevor Sie die Fragen beantworten.

Stellen Sie sich vor, alles wäre möglich – ohne Einschränkungen, ohne Grenzen.

Wie würde dann ihre Gesundheit aussehen?

Wie wäre Ihr optimal Zustand/Wohlbefinden?

Was ist das, was Sie sich wirklich wünschen?

Wie wichtig ist Ihnen körperliche und mentale Gesundheit?

Hauptbeschwerden:

Was ist ihr Hauptproblem / Hauptsymptom(e)

Schreiben Sie hier bitte rein, was Ihre Symptome oder Beschwerden sind, wie z.B. Heuschnupfen, Knieschmerzen, Depression, Erschöpfung etc.

- | | |
|----|-----|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |
| 5. | 6. |
| 7. | 8. |
| 9. | 10. |

Gab es einen Auslöser?

z.B. Trauma, Unfall, plötzliche auftretende Mehrbelastung, etc.

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Wie stark sind die Beschwerden aktuell?

Bitte schreiben Sie die Beschwerden ins Feld, z.B. Knieschmerzen, Depression etc. und wählen dazu die Skala aus, wie lange und wie stark die Beschwerden / Symptome vorhanden sind.

Skala 0 – 10. 0 = beschwerdefrei, 5 = mittel, 10 = maximal belastend

z.B. Knieschmerzen

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Wie stark sind die Beschwerden aktuell?

Skala 0 – 10. 0 = beschwerdefrei, 5 = mittel, 10 = maximal belastend

6.

7.

8

9.

10.

Was haben Sie schon gegen Ihre Beschwerden / Symptome unternommen?

Welche Therapien / Anwendungen etc. haben Sie schon ausprobiert?

Medikamente/sonstige Mittel/Anwendungen:

Hersteller/Dosierung:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

Anamnese_Ernährung

Welchem Ernährungsstil folgen Sie aktuell?

Spezifische Ernährungsstile:

Zielgerichtete Ernährung:

Wie würden Sie Ihre Ernährung aktuell beschreiben?

Welches Essverhalten trifft auf Sie zu?

Wie viele Mahlzeiten essen Sie täglich?

Wer kocht in Ihrem Haushalt?

Kochen Sie frisch?

Wie oft wird pro Woche gekocht?

Kochen Sie gerne?

Essen Sie Fertiggerichte?

Wenn ja, welche?

Wie häufig essen Sie Fertiggerichte?

Lebensmittelauswahl

Essen Sie Fleisch?

Wenn ja, welches Fleisch?

Wie oft pro Woche essen Sie Fleisch:

Wie oft essen Sie Obst?

Wenn ja, welches Obst?

Wie oft essen Sie Gemüse?

Wenn ja, welches Gemüse?

Essen Sie abends Salat und/oder Obst?

Welche Symptome treffen auf Sie zu?

(Mehrfachauswahl möglich)

Müdigkeit nach dem Essen

Starkes Verlangen nach Süßem

Heißhungerattacken

Essstörung

Beschwerden nach bestimmten Lebensmitteln

Bekannte Unverträglichkeiten

Gibt es weitere Auffälligkeiten oder Beobachtungen in Bezug auf Ihr Essverhalten?

Trinkmenge am Tag

Kaffee

Tee

Welchen Tee:

Wasser

Welches Wasser:

Wie häufig konsumieren Sie alkoholische Getränke?

Wie viel Alkohol trinken Sie in der Regel?

In welchen Situationen trinken Sie Alkohol?

Softdrinks

Dazu gehören Limonaden (Cola, Sprite, Fanta), Fruchtschorlen, Fruchtsaftgetränke, Tonic Water, Bitter Lemon, Sportdrinks und Energydrinks. Smoothies.

Hier bitte eintragen, welchen Softdrink (z.B. Cola Light/Zero..etc.)

1. Softdrink:

Menge:

2. Softdrink:

Menge:

3. Softdrink:

Menge:

4. Softdrink:

Menge:

Stoffwechsel & Blutzucker

Treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

Bei mir ist Diabetes bekannt

Bei mir ist eine Insulinresistenz bekannt

Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? Wie häufig treten die Beschwerden auf?

Ich habe in an Gewicht zu genommen

Ich spüre Zittern, wenn ich Hunger habe

Ich habe Energietiefs bei Unterzucker

Wie lange können Sie problemlos ohne Essen auskommen?

Nehmen Sie aktuell Nahrungsergänzungsmittel oder andere Präparate ein?

Wenn ja, welche?

(Bitte geben Sie – soweit bekannt – Produkt, Hersteller und Dosierung an)

Nr.	Präparat/Produkt	Hersteller	Dosierung
1.			
Seit wann nehmen Sie dieses Präparat ein?			
Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen hilft?			
2.			
Seit wann nehmen Sie dieses Präparat ein?			
Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen hilft?			
3.			
Seit wann nehmen Sie dieses Präparat ein?			
Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen hilft?			
4.			
Seit wann nehmen Sie dieses Präparat ein?			
Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen hilft?			

Nehmen Sie aktuell Nahrungsergänzungsmittel oder andere Präparate ein?

Wenn ja, welche?

(Bitte geben Sie – soweit bekannt – Produkt, Hersteller und Dosierung an)

Nr.	Präparat/Produkt	Hersteller	Dosierung
5.			
Seit wann nehmen Sie dieses Präparat ein?			
Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen hilft?			
6.			
Seit wann nehmen Sie dieses Präparat ein?			
Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen hilft?			
7.			
Seit wann nehmen Sie dieses Präparat ein?			
Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen hilft?			
8.			
Seit wann nehmen Sie dieses Präparat ein?			
Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen hilft?			
9.			
Seit wann nehmen Sie dieses Präparat ein?			
Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen hilft?			
10.			
Seit wann nehmen Sie dieses Präparat ein?			
Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen hilft?			

Schlaf & Regeneration

Schlafrhythmus

Wann gehen Sie normalerweise ins Bett?

Wann stehen Sie in der Regel auf?

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich?

Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? (Mehrfachauswahl möglich)

- ich habe Einschlafstörungen
- mein Schlaf ist nicht erholsam
- ich wache nachts häufig auf
- ich wache nachts häufig um _____ Uhr auf
- ich wache frühzeitig auf (ca. _____ Uhr)
- ich fühle mich tagsüber müde
- ich habe ausgeprägte Müdigkeit am Tag (z. B. um _____ Uhr)

Nächtliches Erwachen

Wenn Sie nachts aufwachen: Was ist aus Ihrer Sicht der Grund?

- Gedanken / Grübeln
- Harndrang
- Hunger
- Schmerzen
- unruhiger Schlaf ohne klaren Grund
- Sonstiges:

Tagesmüdigkeit

Wann verspüren Sie tagsüber Müdigkeit? (Mehrfachauswahl möglich)

- vormittags
- nachmittags
- abends
- wechselnd

Bewegung & Sport

Ich bewege mich regelmäßig:
(Alltägliche Bewegung wie Hausarbeit ist hier nicht gemeint 😊)

Welche Formen der Bewegung oder des Sports üben Sie aus?

Aktivität	Häufigkeit (pro Woche)	Dauer pro Einheit
Fitnessstudio		
1. Fitnessstudio Kurs		
2. Fitnessstudio Kurs		
Yoga		
Spaziergänge		

Bitte geben Sie weitere Aktivitäten an:

Aktivität	Häufigkeit (pro Woche)	Dauer pro Einheit

Wie schätzen Sie Ihr aktuelles Bewegungsniveau ein?

Wie fühlen Sie sich bei körperlicher Belastung?

Wie schnell erholen Sie sich nach körperlicher oder geistiger Belastung?

Stress & Belastung

Wie erleben Sie aktuell Ihre innere Belastung und Ihr Stressempfinden im Alltag?

Treffen folgende Aussagen auf Sie zu? (*Mehrfachauswahl möglich*)

- | | |
|---|---|
| ☐ Gefühl chronischer Überforderung | ☐ morgendliche Erschöpfung |
| ☐ Schwierigkeit abzuschalten | ☐ innere Unruhe |
| ☐ Reizbarkeit | ☐ Stressintoleranz (geringe Belastbarkeit) |
| ☐ Aggressivität | ☐ Gleichgültigkeit/ emotionale Abstumpfung |
| ☐ Emotionale Erschöpfung | ☐ Energietief mittags |
| ☐ Energietief nachmittags | |

Meine Lebenssituation / berufliche Situation empfinde ich als:

Welche Aussagen treffen auf Sie zu?

- | | |
|--|---|
| ☐ Ich kann gut für mich sorgen | |
| ☐ Ich habe das Bedürfnis, es allen oder | ☐ recht zu machen. |

Darmgesundheit

Wie würden Sie Ihren Stuhlgang beschreiben?

regelmäßig und als Wurst geformt

wechselhaft (mal weich, mal hart)

regelmäßig, aber weich

unregelmäßig

regelmäßig, aber hart

Verstopfung

Durchfall

Wie oft in der Woche haben Sie Stuhlgang?

Wie viel Klopapier benötigen Sie?

Welche Beschwerden treffen auf Sie zu? (Mehrfachauswahl möglich)

Durchfall

Verstopfung

Magenschmerzen

Völlegefühl

Sodbrennen

Reflux

Bauchschmerzen

Wie äußern sich Ihre Blähungen? (Mehrfachauswahl möglich)

ich habe keine Blähungen

mit Druck oder Schmerzen verbunden

mit starkem Bauchaufblähen (sichtbar)

aufgeblähter Bauch ohne Windabgang

geruchsintensiv

ich habe große Winde ohne Geruch

ich habe kleine übelriechende Winde

Wie stark empfinden Sie Ihre Blähungen?

Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten bekannt oder vermutet? (Mehrfachauswahl möglich)

Keine bekannt

Laktose

Fructose

Sorbit

Histaminintoleranz

Gluten

Geschmacksverstärker

Andere:

Erschöpfung & Mitochondriopathie

Welche Beschwerden treffen auf Sie zu? (Mehrfachauswahl möglich)

Chronische Müdigkeit

Schnelle Erschöpfbarkeit

Konzentrationsstörungen

Brain Fog / Nebel im Kopf

Reizüberflutung

Muskelermüdung

Wie häufig fühlen Sie sich insgesamt erschöpft oder müde?

Wie wirkt sich die Erschöpfung auf Ihren Alltag aus?

Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Energie nach Ruhe oder Schlaf nicht wieder vollständig zurückkehrt?

Wie lange bestehen Ihre Erschöpfungssymptome bereits?

Haben Sie bereits medizinische Untersuchungen wegen Ihrer Erschöpfung durchführen lassen?

Haben Sie in letzter Zeit eine erhöhte körperliche oder psychische Belastung erlebt?

Was glauben Sie, könnte die Ursache Ihrer Erschöpfung sein?

Was würde Ihnen helfen, sich wieder energiegeladener zu fühlen?

Gibt es bekannte Erkrankungen in Ihrer Familie, die mit Erschöpfung oder Müdigkeit zusammenhängen?

Nein

Ja:

Vegetatives Nervensystem

Herz-Kreislauf

Welche Beschwerden treffen auf Sie zu? (Mehrfachauswahl möglich)

Herzklopfen

Herzrhythmusstörungen

Herzrasen

Kreislaufprobleme

Schwindel

Schwitzige Hände

Schwitzige Füße

Kalte Hände und Füße

Atmung

Welche Beschwerden treffen auf Sie zu? (Mehrfachauswahl möglich)

Kurzatmigkeit

Flache Atmung

Beklemmungsgefühl in der Brust

Nerven & Psyche

Welche Beschwerden treffen auf Sie zu? (Mehrfachauswahl möglich)

Angstzustände

Panikattacken

Depressionen

Verdauung & Stoffwechsel in Stresssituationen

Verdauungsstörungen bei Stress

Reizdarm

Verstopfung Durchfall

Blähungen

Magenschmerzen

Weitere Symptome

Welche Beschwerden treffen auf Sie zu? (Mehrfachauswahl möglich)

Kopfschmerzen

Migräne

Muskelschmerzen

Muskelverspannungen

Wadenkrämpfe

Muskelzittern / Muskelzucken

Vermehrtes Schwitzen

Trockene Schleimhäute

Mundtrockenheit

Probleme beim Wasserlassen

Reizblase

Erektionsstörungen

Libidoverlust

Immunsystem / Entzündungen

Welche Beschwerden treffen auf Sie zu? (Mehrfachauswahl möglich)

Gelenkschmerzen

Muskelprobleme

Gelenkentzündungen

Ödeme in den Gelenken

Allg. Hautprobleme

Neurodermitis

Schuppenflechte

Rosacea

Chronische Entzündungen

Schlechte Wundheilung

Häufige Infekte/Erkältungen

Grippe

Nasennebenhöhlen Entzündungen

Stirnhöhlen Entzündungen

Mandel Entzündungen

Allergien

Hausstaub

Pollen

Heuschnupfen

Tierhaarallergie

Nahrungsmittel

Andere:

Wurde bei Ihnen eine Autoimmunerkrankung diagnostiziert?

Ziel & Ausblick

Was ist Ihr persönliches Ziel durch die Zusammenarbeit mit mir?

Wenn sich Ihr Zustand deutlich verbessern würde – was wäre in Ihrem Leben wieder möglich?

Wie hoch ist aktuell Ihre Motivation, aktiv etwas für Ihre Gesundheit zu verändern?

Wie bereit sind Sie aktuell, aktiv Veränderungen in Ihrem Alltag umzusetzen?

Gibt es noch etwas, das Ihnen wichtig ist und bisher nicht angesprochen wurde?

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und Ihre Offenheit.

Ihre Angaben bilden die Grundlage dafür, Zusammenhänge zu erkennen – nicht nur einzelne Symptome zu betrachten, sondern Ihren Körper im Gesamtbild zu verstehen.

Im nächsten Schritt besprechen wir gemeinsam, welche Ursachen im Vordergrund stehen und welche individuellen Wege der Regulation für Sie sinnvoll sind.

*Ich freue mich
auf die Zusammenarbeit
Ihre Nicolette Rief*