



 MVZ Diabeteszentrum
Dr. Tews GmbH Gelnhausen

Herzbachweg 14E
63571 Gelnhausen

 Telefon: 06051 91486-0

 MVZ Diabeteszentrum
Dr. Tews GmbH Schlüchtern

Lotichiusstraße 48
36381 Schlüchtern

 Telefon: 06661 4001

ANAMNESEBOGEN – ADIPOSITAS

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus.

1 PERSÖNLICHE ANGABEN

Vor- und Nachname: _____	Geburtsdatum: _____
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	Größe (cm): _____
E-Mail: * _____	Gewicht (kg): _____
Telefonnummer: * _____	BMI (kg/m ²): _____

2 IHRE AKTUELLE SITUATION

Was ist Ihr Hauptziel? <input type="checkbox"/> Gewichtsreduktion <input type="checkbox"/> Verbesserung des Blutzuckers <input type="checkbox"/> Allgemeine Gesundheitsverbesserung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	Seit wann besteht Ihr Anliegen? _____ Welche Maßnahmen haben Sie bereits unternommen? <input type="checkbox"/> Ernährungsumstellung <input type="checkbox"/> Bewegung / Sport <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
--	--

3 VORERKRANKUNGEN

Leiden Sie aktuell oder in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Typ-1-Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Augenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Essstörung (Anorexie/Bulimie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bauchspeicheldrüsenentzündung (Pankreatitis)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Gallenblasenprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krebserkrankung (aktuell oder in der Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Chronisch entzündliche Darmerkrankung (CED)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Familiäre Geschichte von Schilddrüsenkrebs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Magenentleerungsstörung (Gastroparese)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Multiple endokrine Neoplasie Typ 2 (MEN2)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Sonstige Erkrankungen: _____

4 FAMILIENANAMNESE

	Ja	Nein
Bestehen bei Verwandten ersten Grades (Eltern, Geschwister, Kinder) Übergewicht oder Adipositas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Anmerkungen: _____

* Freiwillige Angaben

DIABETES ZENTRUM DR. TEWS



MVZ Diabeteszentrum
Dr. Tews GmbH Gelnhausen

Herzbachweg 14E
63571 Gelnhausen



Telefon: 06051 91486-0



MVZ Diabeteszentrum
Dr. Tews GmbH Schlüchtern

Lotichiusstraße 48
36381 Schlüchtern



Telefon: 06661 4001

5 MEDIKATION & ALLERGIEN

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? (Bitte Medikamentenplan beifügen)

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

6 LEBENSSTIL

Ernährung:

ausgewogen kalorienreich emotionales Essen

Bewegung:

regelmäßig selten kein Sport

Alkohol:

Ja Nein

Wenn ja, wie viel? _____

Rauchen:

Ja Nein

7 PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Bestehen psychische Erkrankungen? Ja Nein

Essverhalten:

Heißhungerattacken Essanfälle restriktives Essen

8 SCHWANGERSCHAFT / HORMONELLER STATUS

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Stillen Sie? Ja Nein

Besteht Kinderwunsch? Ja Nein

9 AUFKLÄRUNG & EINVERSTÄNDNIS

- Ich habe alle Angaben wahrheitsgemäß ausgefüllt.
- Ich wurde über mögliche Risiken und Nebenwirkungen informiert und verstanden.
- Ich stimme der ärztlichen Prüfung meiner Angaben zu.
- Ich wurde darüber informiert, dass es sich um eine IGeL-Leistung handelt, die nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____



IHRE GESUNDHEIT IN BESTEN HÄNDEN.

Kompetenz. Erfahrung. Vertrauen.

* freiwillige Angaben