



# DETOX & BALANCE GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

## 1. Personaldaten

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Wunschgewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Umfangsmaß in Nabelhöhe: \_\_\_\_\_ Umfangsmaß auf Hüfthöhe: \_\_\_\_\_ Umfangsmaß Oberschenkel: \_\_\_\_\_

## 2. Eigenanamnese

1. Hatten Sie Operationen und/oder Unfälle?  Ja  Nein

Falls ja, welche und wann: \_\_\_\_\_

2. Leiden Sie unter  
Diabetes  Ja  Nein Krampfadern  Ja  Nein Allergien  Ja  Nein  
Gelenkerkrankungen  Ja  Nein Kreislaufkrankheiten  Ja  Nein  
Herzkrankheiten (Infarkt, Herzschrittmacher, Angina Pectoris, Rhythmusstörungen u.ä.)  Ja  Nein  
Erkrankungen innerer Organe (Nieren, Lungen, Bauchorgane...)  Ja  Nein

Bitte detaillieren Sie alle mit Ja beantworteten Fragen und listen Sie alle Medikamente auf:

\_\_\_\_\_

Haben Sie Einschränkungen oder Erkrankungen am Bewegungsapparat?  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Sind Sie in ärztlicher Behandlung:  Ja  Nein

Wenn ja, warum: \_\_\_\_\_

Lebensstil:  berufstätig, welcher Beruf: \_\_\_\_\_

schulpflichtig  Schichtarbeit  Außendienst  in der Ausbildung/Studium

Hobbysportler, Sportarten, wie häufig: \_\_\_\_\_

## 3. Aktuelle (Ernährungs-)Situation:

Welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion haben Sie bisher schon unternommen? \_\_\_\_\_

Essen Sie regelmäßig (3, 4 oder 5 Mahlzeiten pro Tag)? \_\_\_\_\_

Essen Sie zwischendurch?  Ja  Nein Mahlzeitengestaltung:  ich koche selbst  ich esse regelmäßig auswärts

Haben Sie Heißhungerattacken oder naschen sie häufig?  Ja  Nein Schlafqualität:  ausgeruht  nicht ausgeruht

Genussmittel: Rauchen, Alkohol... \_\_\_\_\_

## Meine Ziele

In den nächsten 6 Monaten möchte ich folgendes erreichen: \_\_\_\_\_

