

ANAMNESEBOGEN

Vor-und Zuname:

Geburtstag:

Straße:

PLZ:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

Keine Durchführung bei nachfolgenden Kontraindikationen:

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| Ja | Nein | | Ja | Nein | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzschrittmacher | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schwangerschaft |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Frischer Herzinfarkt (1 Jahr) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Epilepsie |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Akute Thrombosen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Entzündliches Ödem |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Akuter Schlaganfall | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Stillzeit |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Krebspatient | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | OP im letzten Jahr
<i>an den zu behandelnden Stellen</i> |

Die hier angeführten Kontraindikationen habe ich verneint und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum, Unterschrift:

Allgemeine Fragen

Ich nehme regelmäßig Medikamente: Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Lipödem: diagnostiziert vermutlich

Trinkgewohnheiten:

	Ja	Nein		Ja	Nein
Kaffee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Säfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Softdrinks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tägl. Trinkmenge in Liter _____

Ernährung:

Ja Nein

- gesund/ausgewogen
- Kantine
- Fast Food
- Süßigkeiten
- fetthaltig

Anzahl Mahlzeiten pro Tag

regelmäßig / zu den gleichen Zeiten

Ja Nein

-

Berufliche Tätigkeit

Sportliche Aktivität

Eher sitzend Ja Nein

Freizeitsport Ja Nein

Eher stehend Ja Nein

Stunden pro Woche -----

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFragen

Ja Nein

- Blähungen
- Schilddrüsenprobleme
- Hormone/Hormoncreme

WELCHE ZONEN WERDEN BEI IHNEN BEHANDELT?

- Bauch
- Reiterhosen
- Po
- Hautstraffung
- Beine
- Muskelaufbau
- Arme

Wie viel KG möchtest du gerne abnehmen?

Wie lange überlegst du schon abzunehmen?

Wie wichtig ist es dir dieses Ziel zu erreichen?

wichtig

nicht so wichtig

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Datum, Unterschrift: