

Sabrina Pfützner

Ernährungsberaterin, Ernährungstherapeutin,
Darm- und Mikronährstofftherapeutin, IPE-Praktitionerin, Coachin
Heilpraktikerin mit Fachkompetenz für holistische Gesundheit



Gesundes Menschenleben - gesund sein - gesund leben - gesund essen - gesund bleiben

Gesundheits-Check-up

ausgefüllt am: _____

Name:

Vorname:

Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Adresse:

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Rechnungsadresse: (wenn abweichend)

Name: _____

Straße / Ort: _____

Warum kommen Sie zur Beratung?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> allgemeine Beratung | <input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorge | <input type="checkbox"/> gesündere Ernährung |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsreduktion | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Gewicht halten |
| <input type="checkbox"/> chronische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Verbesserung der Energie | <input type="checkbox"/> mehr Wohlbefinden |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsumstellung | <input type="checkbox"/> Stoffwechselregulierung | <input type="checkbox"/> ärztliche Empfehlung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges bzw. Grund der ärztl. Empfehlung | | |

Naturheilpraxis & Health Coaching Sabrina Pfützner

ja nein (wenn ja, welche?)

Sonstige Arzneimittel – z.B. **homöopathische Arzneimittel, Bachblüten, etc.**

Nahrungsergänzungsmittel – bitte mit genauer Dosierung

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Welches war die letzte Impfung?

Naturheilpraxis & Health Coaching Sabrina Pfützner

Familienanamnese: Welche Erkrankungen sind **in Ihrer Familie** aufgetreten?

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie aufgetreten (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

Vater	
Großeltern Vater Mutter d. Vaters	
Vater d. Vaters	
Onkel väterlich	
Tante väterlich	
Mutter	
Großeltern Mutter Mutter d. Mutter	
Onkel mütterlich	
Onkel väterlich	
Vater d. Mutter	
Kinder	
Geschwister	

M = Milchschorf
E = Ekzeme / Neurodermitis
N = Nesselfieber, Nesselsucht
P = Psoriasis

S = Schwellungen jeglicher Art
KR = Krampfadern
HR = Hämorrhoiden

H = Heuschnupfen
B = Bronchitis
A = Asthma

D = Magen-Darm-Erkrankungen (Colitis ulzerosa, Reizdarm, Morbus Crohn, Divertikel etc.)
N = Nahrungsmittelunverträglichkeiten

K = Kopfschmerzen und Migräne

AU = Autoimmunerkrankungen

Z = Zuckerkrankheit / Diabetes Mellitus

R = Rheuma, Arthritis, Arthrose
G = Gicht

CA = Krebs / Tumore

SA = Schlaganfall
BL = Bluthochdruck
HI = Herzinfarkt

Platz für sonstige Erkrankungen in der Familie:

Diese Seite bitte bei **Gewichtsproblemen** ausfüllen:

Gewichtsentwicklung

Gewicht in der Kindheit (unter/über/normalgewichtig): _____

Gewicht in der Jugend: _____

Mit ca. 20 Jahren: _____

Wann begannen die Gewichtsprobleme aus Ihrer Sicht?: _____

Gewichtsverlauf der letzten 2 Jahre:

Bestandsaufnahme:

Aktuelles Gewicht: _____ Wunschgewicht: _____

Größe: _____ BMI: _____

Hüftumfang: _____ Taillenumfang: _____

Bei Gewichtszunahme, wo haben Sie insbesondere zugenommen? :

- Bauch Hüften Beine Po Oberkörper Nacken

Welche Maßnahmen / Diäten erfolgten bereits?

Bei Gewichtsabnahme(wunsch): Falls Sie diese Werte kennen, bitte eintragen:

Viszeraalfett: _____ Muskelanteil: _____

Grundumsatz WENN bekannt: _____

Geschätzter Leistungsumsatz: _____

Täglicher Energiebedarf: _____

Errechnete Tageszufuhr: _____

Tägliche Energiebilanz: _____

Sonstige frühere Erkrankungen:

Zu Ihrer AKTUELLEN GESUNDHEIT:

Allgemeines:

- gibt es Wassereinlagerungen / Ödeme gibt es Fetteinlagerungen (Lipödem, Lipome)
 Neigung zu entzündungsbedingten Erkrankungen

Wärmehaushalt normal generell zu warm Hitzewallungen schnelles Frieren

Schwitzen normal kein Schwitzen vermehrtes Schwitzen

Energie

- sehr belastbar mäßig belastbar kaum belastbar nicht belastbar
 antriebslos stressempfindlich oft krank am Wochenende oder im Urlaub
 müde/erschöpft überlastet ständig gestresst überempfindlich auf Stress

Gedächtnis / Konzentration

- Konzentrationsschwierigkeiten Merkfähigkeit gering Lernschwierigkeiten

Stimmung

- reizbar wütend depressiv traurig ungeduldig
 unruhig / rastlos kummervoll aggressiv nervös weinen
 mitleidig sehr mitfühlend Stimmungsschwankungen

Psyche

- Ängste Phobien Zwänge Tic's oft zu spät
 pedantisch ordentlich unordentlich überpünktlich
 Gedankenandrang kann nicht loslassen kümmern um Familie / Angehörige
 Schuldgefühle Sorgen um Familie verantwortlich fühlend

Wie glücklich sind Sie (-10 bis +10) _____

Naturheilpraxis & Health Coaching Sabrina Pfützner

Verhältnis zur Familie

- sehr gut gut mäßig schlecht garnicht

Überempfindlichkeiten:

- Hitze Kälte Sonne Gerüche Erschütterung Berührung
 Gürtel Geräusche Rollkragen Textilien enge Kleidung Schmerzen
 vertragen keine Tücher/Schals Metalle Medikamente viele Menschen schreckhaft
 Hochsensibilität Hochintelligent Hellsichtigkeit
 See-, Bus-, Bahn-, Autofahrten
 Sonstiges _____

Unverträglichkeiten / Allergien

- Gluten Laktose Histamin Fruktose Obst Fett
 Schwefeldioxid Sorbit Milch Milcheiweiß Hühnereiweiß
 Soja Fisch Krustentiere/Meeresfrüchte Paprika Zwiebel/Knoblauch
 Erdnüsse Nüsse Lupine Sesam Senf Sellerie
 Heuschnupfen Kreuzallergien Tierhaare Medikamente

Desensibilisierung: ja nein

Verlangen:

- Zucker /Süß Sauer Salzig Schokolade Bitter Scharf
 Pikant Eier Fleisch Fett Käse Obst
 Milchprodukte Kaffee Tee Nikotin Drogen Alkohol

Abneigung / Ekel gegenüber:

- Zucker /Süß Schokolade Salzig Sauer Bitter Scharf
 Pikant Eier Fleisch Fett Käse Obst
 Milchprodukte Kaffee

Andere bestimmte Lebensmittel _____

Auf welche Lebensmittel könn(t)en Sie nicht / nur schwer verzichten?

Körpergefühl: Übergewicht Untergewicht normal Essstörung*

Ernährung

- normal vegetarisch vegan laktosefrei glutenfrei ketogen
 fruktosefrei histaminarm low carb Paleo clean eating Rohkost

Naturheilpraxis & Health Coaching Sabrina Pfützner

- viele Fertigprodukte bereits mehrere Diäten gemacht
 Sonstiges _____

Essgewohnheiten im Gehen in Ruhe Zwischendurch Heißhunger

Wie viele Mahlzeiten essen Sie? _____

Getränke

- Tee schwarz Kräuter Früchte Kaffee Cola Säfte/ Schorle
 Softdrinks Leitungswasser stilles Wasser Sprudelwasser
 Bier Wein Schnaps Sonstiges

Training / Sport

- regelmäßig moderat untrainiert Leistungssport
 Ausdauer Muskeltraining 1x/Wo 2-3x/Wo öfter

Sportarten

Schlaf

- schlechter Schlaf guter Schlaf schlechtes Einschlafen Gedankenandrang
 leichter Schlaf Schlafwandeln Sprechen im Schlaf Schwitzen im Schlaf
 keine Traumerinnerung lebhafte Träume unruhige Beine
 nächtliches Wasserlassen Zähne knirschen Zähne zusammenbeißen

häufiges Erwachen (wie oft?) _____ wodurch?: _____ wann: _____

Witterungseinflüsse – Reaktion auf / bei

- Neumond Vollmond Gewitter Föhn
 trockener Kälte feuchter Kälte trockener Hitze feuchter Hitze
 besser im Gebirge besser am Meer

Wetterumschwung verschlechtert von kalt zu warm von warm zu kalt

Befinden insgesamt

schlechter durch: _____

besser durch: _____

Autoimmunerkrankungen

Welche, seit wann? _____

Kopf / Kopfschmerzneigung

Naturheilpraxis & Health Coaching Sabrina Pfützner

häufige Kopfschmerzen Spannungskopfschmerzen Migräne Aura

Kopfschmerzauslöser bekannt: _____

Haare Haarausfall kreisrund vereinzelt sehr früh ergraut

Augen

Augenerkrankungen Augenfehler grauer Star grüner Star

Weitsichtig Kurzsichtig

Maculadegeneration feucht trocken

Ohren Neigung zu Ohrenschmerzen Tinnitus/Ohrgeräusch Tinnitus generalisiert

Nase

Heuschnupfen häufige Erkältungen häufige Nebenhöhlenentzündungen/Sinusitiden

Mund

rissige Mundwinkel Mundgeruch Aphten Mundtrockenheit Lippenherpes

rissige Lippen trockene Lippen

Hals häufige Mandelentzündungen (Tonsillitis)

Schilddrüse

Überfunktion Morbus Basedow Unterfunktion Hashimoto

Knoten warm kalt Vergrößert / Umfang vermehrt

Druckgefühl im Hals Engegefühl Volumen vermindert

Operation Schilddrüse entfernt teilentfernt

Atemwegserkrankungen

Bronchitis Asthma häufige Hustenerkrankungen

Lungenentzündung Brustfellentzündung Rippenfellentzündung

Wie ist Ihr Blutdruck normalerweise (ungefähr) _____

Leber / Galle / Bauchspeicheldrüse

Entzündungen Hepatitis Fettleber Gallensteine Koliken

Druck im Oberbauch Fettstuhl Fettunverträglichkeit Ikterus

Sonstige

Magen

Magenschmerzen Reflux Helicobacter Gastritis häufiges Aufstoßen

Appetitlosigkeit Sodbrennen Völlegefühl Übelkeit

Beschwerden nach dem Essen Beschwerden bei nüchternem Magen

Abdomen / Unterbauch / Darm

- Geräusche (gluckern, rumoren...) Windabgänge / Flatulenzen Auftreibungen
 Schmerzen Krämpfe Blähungen Divertikel Druckempfindlichkeit
 Entzündungen Morbus crohn Colitis ulcerosa Fisteln
 Hämorrhoiden Analfissuren Blinddarm OP
 Juckreiz am Anus sonstige

Stuhlgang

- Durchfall Verstopfung normal regelmäßig unregelmäßig
Bzw. Neigung zu Durchfall Verstopfung Fettstuhl blutig

Blase / Nieren

- Blasenentzündungen Erkrankung der Harnblase Erkrankung der Harnröhre
 Erkrankung der Nieren

Arme

- Bewegungseinschränkungen Durchblutungsstörungen Kälteempfindungen
 Einschlafen der Hände Tennisellbogen Maushand Schmerzen
 Deputren Kontraktur Raynaud Syndrom

Beine

- Krampfadern Kältegefühl Kribbeln Taubheitsgefühl
 Besenreiser Hühneraugen Krämpfe

Rücken

- eingeschränkte Beweglichkeit Kalkschulter Verspannungen
 Rheuma Bandscheibenvorfall Fibromyalgie
 Schmerzen _____

Probleme mit der Wirbelsäule – welche Wirbel sind betroffen? _____

Haut / Nägel

- Urtikaria Neurodermitis Hautausschläge Juckreiz Atherome
 Gichtknoten Pilzerkrankung brüchige Nägel Nagelbettentzündungen
 Rillen Verfärbungen der Nägel

Platz für sonstige Anmerkungen

Beschreiben Sie bitte stichpunktartig Ihre gewöhnlichen Mahlzeiten / Ihre normale Ernährung

Frühstück

Zwischenmahlzeit

Mittag

Nachmittag

Abend

Snacks

Wochenende

