

(Mit Chipkarte bedrucken bzw. in **Blockschrift** vollständig ausfüllen!)

Name _____

Vorname _____ Geb.-Datum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Geschlecht w m

Anlage zum Laborauftrag

Eindruck Praxis
(Stempel)



in Kooperation mit

Barcode



(von der Praxis auszufüllen!)

<input type="checkbox"/> Individueller Ernährungsplan nach dem EssSense-Konzept incl. IgG-Nahrungsmittel-Immuntest (88 Antigene) und Blutbild, klinisch-chemische Laborparameter, CRP, TSH, Zink (41 Werte)	<input type="checkbox"/> Labordiagnostik IgG-Nahrungsmittel-Immuntest (88 Antigene) und IgG Gesamtbestimmung
<p>Versand des Patientenplans:</p> <input type="checkbox"/> an den Patienten <input type="checkbox"/> an die Praxis	<input type="checkbox"/> Patientenplan nur Ergebnisse <input type="checkbox"/> Patientenplan Ergebnisse mit Erläuterungen
<input type="checkbox"/> Der Patient steht unter der Verordnung eines Cortisonpräparates, oral oder parenteral	Der Versand des Patientenplans erfolgt an die Praxis
Auf Grund bekannter Diagnosen bitte folgende Lebensmittel bei der Auswertung berücksichtigen:	
<input type="checkbox"/> laktosehaltige <input type="checkbox"/> glutenhaltige <input type="checkbox"/> fructosehaltige <input type="checkbox"/> stark histaminhaltige	
Auf nachfolgende Lebensmittel reagiert der Patient allergisch, bitte bei der Auswertung berücksichtigen:	
_____	_____
_____	_____

(Folgende Fragen nur beantworten, wenn eine Ernährungsumstellung nach dem EssSense-Konzept angefordert wird)

Anamnesebogen

(vom Patienten oder Behandler auszufüllen)

Leiden Sie unter einer der nachfolgenden Erkrankungen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes Typ I |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Diabetes Typ II |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Nierenleiden |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen (M. Crohn, Colitis Ulcerosa etc.) |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | |

Nehmen Sie folgende Medikamente ein?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antibiotika | <input type="checkbox"/> Cholesterinsenker |
| <input type="checkbox"/> Blutdrucksenker | <input type="checkbox"/> Hormone |
| <input type="checkbox"/> Antiallergika | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenmedikamente |
| <input type="checkbox"/> Marcumar | <input type="checkbox"/> Antidiabetika (oral) |
| <input type="checkbox"/> Psychopharmaka | <input type="checkbox"/> Insulinspritzen |
| <input type="checkbox"/> Harnsäuresenker (Gicht) | |

(bitte wenden)

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Wunschgewicht _____ kg
(falls Gewichtsreduktion erwünscht)

Ich esse/trinke:

kein Fleisch

keinen Fisch

keinen Alkohol

Treiben Sie regelmäßig Sport?

ja

nein

(Bitte kreuzen Sie pro Frage nur eine Antwort und die Aussage an, die am ehesten auf Ihren **momentanen** Zustand zutrifft)

A. Was möchten Sie mit der Ernährungsumstellung erreichen?

- a. Ich möchte mein Körpergewicht reduzieren
- b. Ich möchte mein Körpergewicht reduzieren, die Verbesserung meines Gesundheitszustandes ist mir aber genauso wichtig
- c. Ich möchte die Ernährungsumstellung aus gesundheitlichen Gründen durchführen, mein Gewicht möchte ich halten

1. Welche Aussage trifft am ehesten auf Sie zu:

- a. Ich bereite meine Mahlzeiten in Ruhe zu und nehme mir Zeit beim Essen.
- b. Das Essen muss schnell gehen. Ich organisiere lieber rationell und halte mich nicht lange mit den Mahlzeiten auf.
- c. Kann ich nicht sagen, je nachdem wie es gerade so passt.

2. Wie würden Sie Ihren Schlaf beurteilen?

- a. Tief und fest wie ein Murmeltier.
- b. Geht so, mal besser mal schlechter.
- c. Nicht so gut, eher unruhig und nicht so erholsam.

3. In welcher Aussage finden Sie sich wieder?

- a. Ich bin ein ordentlicher und sorgfältiger Mensch, erledige die Dinge lieber gründlich und genau.
- b. Bei mir muß es schnell und effektiv gehen, ich handle lieber als lange über etwas nachzudenken.
- c. Weder – noch, ich liege so dazwischen.

4. Wie gehen Sie mit Stress um?

- a. Stress macht mir nicht viel aus. Ich bleibe relativ gelassen und der Stress geht an mir vorbei.
- b. Wenn Stress aufkommt werde ich unruhig und fühle mich nicht mehr so wohl.
- c. Stress tut mir gut, dadurch komme ich so richtig in Schwung und werde leistungsfähiger.

5. Wie würden Sie sich im gesellschaftlichen Leben bezeichnen?

- a. Ich bin gesellig, habe gerne Menschen um mich, es fällt mir leicht auf Menschen zuzugehen.
- b. Ich bin gerne in Gesellschaft, komme aber nicht immer sofort spontan aus mir raus.
- c. Ich fühle mich am wohlsten in meiner Umgebung, außer mit meinen Vertrauten ist mir gesellschaftlicher Kontakt nicht so wichtig

6. Fragen an Ihren Temperaturhaushalt:

- a. Ich bin eher jemand der selber viel Körperwärme hat und habe es daher lieber etwas kühler.
- b. Temperaturen haben wenig Einfluss auf mein Wohlbefinden
- c. Ich bin eher ein frösteliger Mensch, habe schnell kalte Füße oder Hände und fühle mich wohler, wenn es warm ist

(Bitte nur beantworten, wenn Sie übergewichtig sind)

- a. Meine „Rundungen“ konzentrieren sich mehr auf Hüften und Oberschenkel.
- b. Meine Pfunde verteilen sich mehr an Bauch und Oberkörper.
- c. Kann ich nicht sagen, bei mir ist alles gleichmäßig verteilt.

Mit welcher Ziffer würden Sie Ihre momentane Fitness und Leistungsfähigkeit bewerten?

(1 = total fit, 10 = absolut schlapp und träge)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10