
Body-Analyse für die Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Ausgefüllt am

Liebe Patientin,

Gratulation, dass Sie sich dafür entschieden haben, aktiv etwas für Ihre Gesundheit zu tun.

Die **Body-Analyse für die Frau** ermittelt Ihre **individuelle Körperzusammensetzung** mittels elektrischer Impedanzanalyse. Sie erhalten eine genaue alters- und geschlechtsbezogene Analyse – inklusive Ernährungs- und Trainingszustand sowie eine Berechnung Ihres Vitalitätsoptimum.

Sie haben damit die Chance etwas für den **Erhalt Ihrer Gesundheit bzw. Vorbeugung von Krankheiten** (Primärprävention) zu tun. Ein weiterer wichtiger Schritt ist die **Verhinderung des Fortschreitens oder die Vermeidung von Komplikationen** bei einer bereits bestehenden Erkrankung (Sekundär- bzw. Tertiärprävention). Sie erhalten dafür von uns einen individuellen Therapieplan.

Hinweise zur Bearbeitung

Nutzen Sie zum Ausfüllen dieses Fragebogens bitte ausschließlich den [Adobe Reader](#). Sie können das Programm kostenlos herunterladen. Download und Installation dauern nur wenige Minuten.

Speichern Sie bitte zunächst diesen Anamnesebogen über „Speichern unter“ auf Ihrem Rechner (z. B. auf dem Desktop).

Bitte beantworten Sie dann die nachfolgenden Fragen sorgfältig und in Ruhe.

Bitte geben Sie an, wer in Ihrer Familie nachfolgende Erkrankungen hat bzw. hatte:

| Krankheiten | Mutter | Vater | Bruder | Schwester | Großm. mütterl. | Großv. mütterl. | Großm. väterl. | Großv. väterl. |
|-------------|--------|-------|--------|-----------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|
|-------------|--------|-------|--------|-----------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Adipositas - BMI (Körpermassenindex) ≥ 30 | | | | | | | | |
| Diabetes mellitus, Typ II (nicht primär insulinabhängig) | | | | | | | | |
| Erhöhte Triglyzeride (reine Hypertriglyzeridämie) | | | | | | | | |
| Erhöhung des LDL-Cholesterins (reine Hypercholesterinämie) | | | | | | | | |
| Gicht, nicht näher bezeichnet | | | | | | | | |
| Harnsäurestoffwechselstörung (Hyperurikämie) ohne Zeichen von entzündlicher Gelenkentzündung (Arthritis) oder tophischer Gicht | | | | | | | | |

Kreislaufsystem

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Bluthochdruck (essentielle [primäre] Hypertonie) | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Geben Sie bitte nachfolgend Ihre übliche Ernährungsweise an:

Mischköstler

Verzehr von pflanzlichen sowie tierischen Nahrungsmitteln

Ovo-Vegetarier

Verzehr von pflanzlichen Nahrungsmitteln sowie Eiern

Lacto-Vegetarier

Verzehr von pflanzlichen Nahrungsmitteln sowie Milch und Milchprodukten

Ovo-Lacto-Vegetarier

Verzehr von pflanzlichen Nahrungsmitteln, Eiern sowie Milch und Milchprodukten

Veganer

Verzehr von ausschließlich pflanzlichen Nahrungsmitteln

Genussmittelkonsum

Bitte geben Sie Ihren Genussmittelkonsum an:

Kein Alkoholkonsum

Anzahl in der letzten Woche

Bier (0,3 l)

Weißwein (0,2 l)

Rotwein (0,2 l)

Spirituosen (Schnaps etc.)

Sekt / Cocktail (0,2 l)

Nichtraucher

Nichtraucher seit x Jahren

Passivraucher

Zigaretten

Anzahl pro Tag

Zigarren

Zigarillo

Pfeife

Kein Kaffeekonsum

Anzahl pro Tag

Kaffee (125 ml)

Espresso (50 ml)

Cappuccino (125 ml)

Latte macchiato (225 ml)

Grüner Tee (125 ml)

Schwarzer Tee (125 ml)

Cola Getränke (300 ml)

Energy Drinks (250 ml)

Aktivitäten pro Tag

Bitte beschreiben Sie Ihre berufliche Tätigkeit:

Sitzend

- z. B. Bürotätigkeit

Sitzend, zeitweilig gehend/stehend

- z. B. leichte Hausarbeiten

Überwiegend gehend/stehend

- z. B. Verkäuferin

Körperlich anstrengend

- z. B. Altenpflegerin

Körperlich sehr anstrengend

- z. B. Forstwirtin

Rentnerin

Schicht-/Wechseldienst

Nachtdienst

Zur Zeit arbeitslos

Teilen Sie die 24 Stunden eines Werktages auf:

Berufliche Aktivität (Arbeitszeit)

hh:mm

Schlafdauer

hh:mm

Passive Freizeit (z. B. Fernsehen, Internet, Ausruhen, Lesen)

hh:mm

Aktive Freizeit (z. B. Spazieren gehen, Einkaufen, mit Kindern spielen, Hausarbeit)

hh:mm

Summe (die Zeitangaben müssen zusammen 24 Stunden ergeben!)

hh:mm

Sportliche Aktivität

Bitte geben Sie Ihre sportliche Aktivität der letzten 6 Wochen an:

Keine sportlichen Aktivitäten

Freizeit-, Breiten- und Gesundheitssportler

Leistungssportler*

*Ein Leistungssportler trainiert mindestens 3-mal pro Woche, jeweils 90 Minuten und hat einen zusätzlichen wöchentlichen Kalorienverbrauch von wenigstens 2000 kcal.

Notieren Sie im Folgenden die Sportart sowie die Trainingshäufigkeit und -dauer pro Woche.

| Sportart | Hauptsportart | Wochentag/e | Uhrzeit – von - bis |
|---------------------------|---------------|--------------------|--------------------------|
| Nordic Walking (Beispiel) | x | Montag, Donnerstag | 17:00-17:45, 18:30-19:00 |
| Schwimmen (Beispiel) | | Mi, Sa, So | 09:00-09:30 |

Bitte geben Sie Ihre Körpermaße an:

Körpergröße (cm)

Körpergewicht (kg)

Wunschgewicht (kg)

Taillenumfang (cm)

Hüftumfang (cm)

Wie misst man den Umfang der Taille beziehungsweise Hüfte korrekt?

Messen Sie bitte den **Taillenumfang** mit einem Maßband in der Mitte zwischen dem unteren Rippenbogen und der Hüfte (oberhalb des Bauchnabels).

Messen Sie bitte den **Hüftumfang** am Ende des Oberschenkelknochens am breitesten Punkt der Hüfte. Achten Sie bitte stets darauf, dass das Maßband waagrecht gehalten wird.

Sie können nun über den Button „Überprüfung auf Vollständigkeit“ prüfen lassen, ob Sie alle für den Check erforderlichen Pflichtangaben getätigt haben.

Um unnötige **Doppeluntersuchungen zu vermeiden**, legen Sie bitte Folgendes – falls vorhanden – dem ausgefüllten Fragebogen bei:

- Laborbefunde (aus den letzten 12 Monaten)
- Befunde medizingerätediagnostischer Untersuchungen, z. B. EKG, Kernspintomographie (aus den letzten 12 Monaten)
- Operationsberichte und histologische Befunde (Befund vom Pathologen)

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen sowie gegebenenfalls weitere Unterlagen rechtzeitig vor Ihrem Termin in unserer Klinik zu.

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Das Team der Deutschen Klinik für Prävention KG

Bitte beachten Sie: Da Ihre Daten in diesem Dokument unverschlüsselt vorliegen, sollten Sie nur sichere Übermittlungsarten nutzen.