

LONGEVITY COACHING · LARS RICHTER

Standortbestimmung & Anamnese

Dein Ausgangspunkt für die ganzheitliche Begleitung

Willkommen. Diese Standortbestimmung hilft mir, dich und deine aktuelle Situation ganzheitlich kennenzulernen und deine Begleitung individuell auf dich abzustimmen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – bitte fülle den Bogen in Ruhe und so offen wie möglich aus. Angaben, die dir zu privat sind, kannst du offenlassen; wir besprechen sie bei Bedarf persönlich.

1 Persönliche Angaben

Datum		Geburtsdatum	
Name, Vorname		Alter	
Familienstand		Beruf / Tätigkeit	
Telefon		E-Mail	
Krankenversicherung		Zusatzversicherung	
Körpergröße (cm)		Körpergewicht (kg)	
Anschrift			

2 Allgemeiner Gesundheitsstatus

Allgemeines Wohlbefinden aktuell

1 = sehr schlecht · 10 = ausgezeichnet

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Herzschrittmacher: ☐ nein ☐ ja

Brille / Kontaktlinsen: ☐ nein ☐ ja

Hörgerät: ☐ nein ☐ ja

Zahnfüllungen / Zahnersatz: ☐ nein ☐ ja

Fieber / Infekt / Zeckenbiss?

Zahnersatz – Art

Allergien / Unverträglichkeiten

Relevante Impfungen / Impfstatus

Auslandsaufenthalte (6 Monate)

Beeinträchtigungen / Behinderung / hormonelle Themen (optional)

3 Dein Hauptanliegen**Was führt dich zu mir – was möchtest du verändern oder erreichen?**

Bei Bedarf gern ein zusätzliches Blatt verwenden.

Wenn es sich körperlich zeigt**Wo im Körper**

Wie zeigt es sich

Seit wann besteht es

Mögliche Auslöser

Was verschlimmert es

Was lindert es

Intensität / Belastung

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

1 = kaum spürbar · 10 = maximal belastend

Verlauf: ☐ akut ☐ chronisch ☐ tageszeitabhängig ☐ situationsabhängig

Ärztlich abgeklärt? ☐ nein ☐ ja, von _____

4 Beschwerden nach Körperbereichen

Bitte kreuze an, in welchen Bereichen aktuell Beschwerden bestehen, und ergänze bei Bedarf kurze Notizen (z. B. seit wann, wie stark, wodurch ausgelöst).

Bereich	keine	vorhanden	Notizen
Haut, Haare & Nägel	☐	☐	
Kopf & Nerven (Kopfschmerz, Schwindel, Konzentration)	☐	☐	
Augen, Ohren, Nase, Mund & Rachen	☐	☐	
Herz & Kreislauf	☐	☐	
Atmung	☐	☐	
Verdauung & Magen-Darm	☐	☐	
Bewegungsapparat (Gelenke, Muskeln, Rücken)	☐	☐	
Hormone & Stoffwechsel	☐	☐	
Urogenital (Blase, Nieren, Unterleib)	☐	☐	
Immunsystem & Infekte	☐	☐	
Schlaf	☐	☐	
Psyche & Emotion (Stimmung, Anspannung, Antrieb)	☐	☐	

5 Eigen- & Familienanamnese

Bitte kreuze an, ob eine Erkrankung bei dir selbst und / oder in deiner Familie besteht bzw. bestand.

Erkrankung	selbst	in der Familie	Anmerkung
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐	

Erkrankung	selbst	in der Familie	Anmerkung
Diabetes mellitus (Typ 1 / 2)	☐	☐	
Gicht / Rheuma	☐	☐	
Fettstoffwechselstörung / Übergewicht	☐	☐	
Herz-Kreislauf / Bluthochdruck	☐	☐	
Schlaganfall	☐	☐	
Lungen- / Atemwegserkrankung	☐	☐	
Tumor- / Krebserkrankung	☐	☐	
Autoimmunerkrankung	☐	☐	
Neurologisch (Epilepsie, MS, Parkinson, Demenz)	☐	☐	
Psychische Erkrankung / Depression	☐	☐	
Hautkrankheit	☐	☐	
Infektionskrankheit	☐	☐	

Operationen / Unfälle / Verletzungen / Traumata

6 Medikamente & Nahrungsergänzung

Welche Medikamente nimmst du derzeit ein?

Welche Nahrungsergänzungsmittel nimmst du ein?

7 Lebensstil

Schlaf & Energie

Schlafqualität: ☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht

Morgens erholt? ☐ ja ☐ meist ☐ selten

Schlafprobleme: ☐ keine ☐ Einschlafen ☐ Durchschlafen ☐ frühes Erwachen

Weiteres: ☐ Schnarchen / Atemaussetzer ☐ Zähneknirschen ☐ nächtliches Wasserlassen ☐ Tagesmüdigkeit

Energielevel tagsüber (%) _____

Schlafdauer (Std.) _____

Ernährung

Ernährungsform: ☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ andere

Regelmäßige Zeiten? ☐ ja ☐ nein

Mahlzeiten pro Tag: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

davon mit Obst / Gemüse: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Einkauf bevorzugt: ☐ Bio ☐ Supermarkt ☐ gemischt

Fertigprodukte: ☐ selten ☐ mehrmals / Woche ☐ täglich

Selbst gekocht? ☐ überwiegend selbst ☐ gemischt ☐ überwiegend geliefert / auswärts

Bevorzugte Fettquellen: ☐ Olivenöl ☐ Rapsöl ☐ Leinöl ☐ Butter / tierische Fette ☐ Nüsse & Samen ☐ fettreicher Fisch ☐ Margarine / gehärtete Fette

Getränke vorwiegend: ☐ Wasser / ungesüßter Tee ☐ Saft / Schorle / Limo ☐ Kaffee / Schwarztee ☐ Bier / Alkoholisches

Flüssigkeit pro Tag (l) _____

Meist welche Getränke _____

Genuss & Konsum

Alkohol: ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Rauchen: ☐ nein ☐ früher ☐ aktuell

Alkohol – Menge / Sorte _____

Zigaretten pro Tag / seit _____

Weitere Genussmittel / Süchte _____

Bewegung, Stress & Ausgleich

Sport / Bewegung: ☐ regelmäßig ☐ gelegentlich ☐ früher ☐ nein

Art & Häufigkeit

Arbeitsstunden pro Tag (Ø)

Aktuelles Stresslevel

1 = entspannt · 10 = am Limit

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Außergewöhnliche Belastung? ☐ nein ☐ ja

Schadstoffe im Umfeld? ☐ nein ☐ ja

Belastung – welche

Schadstoffe – welche

Womit schaffst du Ausgleich / wie regenerierst du? (z. B. Natur, Ruhephasen, Hobbys)

Bereits angewandte (natur-)heilkundliche Verfahren / Methoden

8 Persönlichkeit & innere Muster

Markiere, wohin du eher tendierst – fünf Stufen zwischen den Polen.

eher ...	Tenden zen z					... eher
introvertiert	☐	☐	☐	☐	☐	extrovertiert
kontaktscheu	☐	☐	☐	☐	☐	kontaktfreudig
ruhig & gelassen	☐	☐	☐	☐	☐	rege mich schnell auf
unsicher	☐	☐	☐	☐	☐	selbstbewusst
pessimistisch	☐	☐	☐	☐	☐	optimistisch
chaotisch	☐	☐	☐	☐	☐	strukturiert
überlegt	☐	☐	☐	☐	☐	spontan
harmoniebedürftig	☐	☐	☐	☐	☐	durchsetzungskräftig
konfliktscheu	☐	☐	☐	☐	☐	dominant
kann schlecht „nein“ sagen	☐	☐	☐	☐	☐	kann gut „nein“ sagen

eher ...	Tenden den z					... eher
Entscheidungen fallen schwer	☐	☐	☐	☐	☐	entscheidungsfreudig
perfektionistisch	☐	☐	☐	☐	☐	nachlässig
ausgeglichen	☐	☐	☐	☐	☐	unausgeglichen

Selbstkontrolle: ☐ hoch ☐ mittel ☐ niedrig

Kontrollbedürfnis: ☐ hoch ☐ mittel ☐ niedrig

Besondere Ängste / seelische Belastungen (optional)

9 Lebensrad – 13 Bereiche der Vitalität

Bewerte jeden Bereich auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden). Trage deine Werte anschließend in das Lebensrad ein und verbinde die Punkte – so wird dein aktuelles Gleichgewicht sichtbar.

1 Kosmisches Bewusstsein – Spirit & Sinn		8 Gesellschaft – Kultur & Beitrag	
2 Beziehungen – Liebe & Verbundenheit		9 Zeit & Evolution – Wandel & Meisterschaft	
3 Wirtschaft – Werte & Wirkung		10 Selbstführung – Identität & Wachstum	
4 Mental – Klarheit & Fokus		11 Selbstbeziehung – Innere Heilung & Integration	
5 Technologie – Innovation & Fortschritt		12 Verbundenheit – Beitrag & Vermächtnis	
6 Planet – Natur & Umwelt		13 Körper – Vitalität & Wohlbefinden	
7 Emotional – Gefühle & Balance			

Wert 1–10 über der Goldlinie eintragen.



10 Ziele & Reflexion

In welchen drei Bereichen fühlst du dich aktuell am stärksten?

In welchen Bereichen wünschst du dir Veränderung?

Welche drei Bereiche möchtest du in der Begleitung zuerst angehen?

Mein kurzfristiges Ziel (2–6 Monate)

Mein langfristiges Ziel (1–2 Jahre)

Was treibt mich an – welche Wünsche, Träume, Ziele?

Woran glaube ich, was gibt mir Kraft?

Wofür lohnt es sich für mich, in meine Gesundheit zu investieren?

Einwilligung in die Datenverarbeitung (DSGVO)

Ich willige ein, dass die in diesem Bogen erhobenen Angaben einschließlich meiner Gesundheitsdaten (Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO) von Lars Richter – Longevity Coaching ausschließlich zum Zweck meiner Begleitung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht ohne meine Zustimmung an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen; die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt.

☐ **Ich habe die Datenschutzhinweise gelesen und willige ein.**

Ort, Datum

Unterschrift