

Anamnesebogen

Liebe Patientin,
lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Auf Ihre aktive Mithilfe bin ich angewiesen. Bitte füllen Sie daher den nachfolgenden Fragebogen sorgfältig aus. Nehmen Sie sich hierfür bitte etwas Zeit. Denn je genauer und umfassender Ihre Angaben zur Krankengeschichte bzw. zum Gesundheitszustand sind, umso besser kann ich auf Sie unter dem Ansatz einer ganzheitlichen Betrachtung und Behandlung eingehen und mich auf Sie vorbereiten.

Bitte bringen Sie den Fragebogen zu Ihrem Ersttermin mit. Gerne können Sie mir diesen auch vorab per Post zu schicken.

Vielen Dank!

Versicherung: Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Beihilfe / Post) Privat- Versicherung

☐ ☐ ☐

Personendaten

Name _____

Anschrift _____

Telefon (Privat) _____ geschäftlich _____

Handy _____

Email _____

Geburtsdatum _____ Familienstand _____

Beruf _____

1. An welchen Krankheiten leiden Sie? Falls vorhanden, wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?

- 1.1 Weswegen kommen Sie zu mir in die Naturheilpraxis?

- 1.2 Seit wann haben Sie die Beschwerden? Schmerzcharakter - z.B. ziehend, stechend etc.

Was verschlimmert, was verbessert die Beschwerden?

- 1.3 Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

- 1.4 Was haben Sie bislang gegen diese Beschwerden unternommen? Gab es Vorbehandlungen / Untersuchungen? Verfügen Sie über Arztberichte / Bildaufnahmen? Falls ja, bitte mitbringen!

2. Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, in welcher Dosierung?
Bitte Medikamente oder Beipackzettel mitbringen.
Achtung: Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen.

3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Masern | ☐ Röteln | ☐ Windpocken |
| ☐ Mumps | ☐ Scharlach | ☐ Hepatitis |
| ☐ andere _____ | | |

4. Letzter Urlaub, wann? Reiseziel? Gab es Fernreisen?

5. Größe und Gewicht

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Gab es Gewichtsveränderungen? ☐ ja ☐ nein

6. Haben Sie sich Operationen unterzogen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ☐ Blinddarm
- ☐ Mandeln
- ☐ Bewegungsapparat (Schulter, Hüfte, Wirbelsäule, Knie etc.)

☐ Gelenkersatz

☐ Sonstiges _____

Wenn ja, wann: _____

7. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Diabetes mellitus | ☐ Magenerkrankung |
| ☐ Darmerkrankung | ☐ Nierenerkrankung | ☐ Hautkrankheit |
| ☐ Asthma | ☐ Rheuma | ☐ Gicht |
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Epilepsie | ☐ Gallensteine |
| ☐ Fettstoffwechselstörung | ☐ Lebererkrankung | ☐ Tumorerkrankung |
| ☐ Depressionen | ☐ Herz-/Kreislaufkrankungen | |
| ☐ Sonstige Erkrankungen (chronisch) _____ | | |

8. Familienanamnese – Welche Erkrankungen traten in der Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister) gehäuft auf? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Diabetes mellitus | ☐ Herzinfarkt |
| ☐ Fettstoffwechselstörung | ☐ Asthma | ☐ Lungenerkrankung |
| ☐ Erbkrankheiten | ☐ Krebserkrankungen | ☐ Schlaganfall |
| ☐ Sonstige | | |
- _____

9. Soziale Anamnese

Welche Hobbys haben Sie?

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt? (z. B. Mobbing)

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?

10. Liegen Allergien vor?

☐ ja

☐ nein

☐ Heuschnupfen

☐ Tierhaare

☐ Hausstaubmilben

☐ Pollen/Gräser

☐ Metalle

☐ Medikamente (Penicillin, Aspirin)

☐ Nahrungsmittelunverträglichkeiten, bitte nennen:

☐ Sonstige Allergien, bitte nennen:

Haben Sie Haustiere?

☐ ja

☐ nein

11. Familie / Freunde

Haben Sie Freunde?

☐

☐

Sind Sie gut in Ihre Familie integriert?

☐

☐

12. Allgemeine Lebensführung

Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen?

Wogegen sind Sie geimpft?

Wie viel trinken Sie pro Tag und was?

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag?

Wie ernähren Sie sich vorwiegend?

Haben Sie eine Abneigung gegen Nahrungsmittel?

Haben Sie derzeit Stress?

☐ ja

☐ nein

Wie ist ihr Schlafverhalten? (Ein-, Durchschlafen)

Trinken Sie Alkohol?

☐ ja

☐ nein

Wie viel?

Was?

Rauchen Sie?

☐ ja

☐ nein

Wieviel?

Seit wann?

Seit wann nicht mehr?

Haben Sie in letzter Zeit an Gewicht abgenommen

☐ ja

☐ nein

Nehmen Sie derzeit Nahrungsergänzungsmittel ein?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja welche? Und seit wann? Oder haben Sie genommen?

Nehmen Sie häufiger Schmerz- oder Schlafmittel? Wenn ja was und wie häufig?

13. Kopfbereich:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Schnarchen Sie stark? | ☐ ja | ☐ nein |
| Leiden Sie häufig an Nasenbluten? | ☐ ja | ☐ nein |
| Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase? | ☐ ja | ☐ nein |
| Haben Sie Probleme mit den Augen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Welche? | | |
-

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Haben Sie Probleme mit dem Hören? | ☐ ja | ☐ nein |
| Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr? | ☐ ja | ☐ nein |
| Ohrenschmerzen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Haben Sie häufiger und/oder länger anhaltenden Schnupfen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Leiden Sie unter Schwindel? (drehend, schwankend, in eine bestimmte Richtung, auf- und absteigend, aus dem Liegen heraus)? | ☐ ja | ☐ nein |

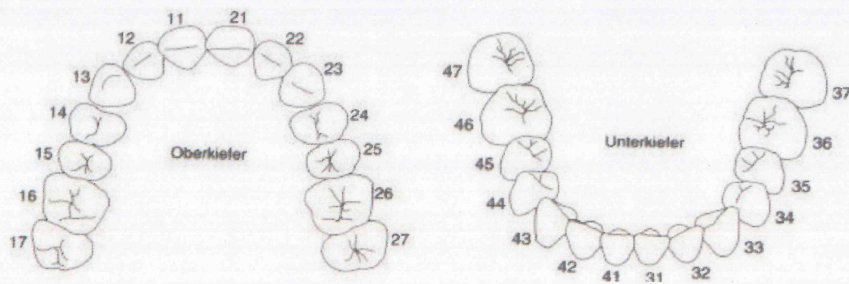
Kurze Beschreibung:

-
- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Wird Ihnen schnell schwarz vor Augen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Leiden Sie unter Ohnmachtsanfällen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Leiden Sie unter Kopfschmerzen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Migräne? | ☐ ja | ☐ nein |

14. Zähne:

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie Amalgamfüllungen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Knirschen Sie mit den Zähnen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Tragen Sie eine Zahnprothese? | ☐ ja | ☐ nein |
| Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? | ☐ ja | ☐ nein |

Wenn möglich, entsprechende Zähne markieren:



15. Halsbereich:

Haben Sie Halsschmerzen bzw. Schluckbeschwerden?

☐ ja

☐ nein

Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals oder Druckgefühl (evtl. vermehrt im Liegen)?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt?

☐ ja

☐ nein

Leiden Sie unter Heiserkeit?

☐ ja

☐ nein

Seit wann? _____

16. Brustbereich:

Leiden Sie unter Husten?

☐ ja

☐ nein

Seit wann? _____

Wie ist der Auswurf beschaffen?

Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?

☐ ja

☐ nein

Leiden Sie unter Atemnot?

☐ ja

☐ nein

Asthma-Bronchiale-Anfälle?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie Druck-oder Engegefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?

☐ ja

☐ nein

Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie (manchmal) das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?

☐ ja

☐ nein

Leiden Sie unter Rückenschmerzen?

☐ ja

☐ nein

17. Bauchbereich:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Leiden Sie unter Bauchschmerzen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Besteht eine Abneigung gegen Fleisch? | ☐ ja | ☐ nein |
| Heißhunger auf bestimmte Nahrungsmittel? | ☐ ja | ☐ nein |
| Welche? _____ | | |
| Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Seit wann? _____ | | |
| Sodbrennen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Welche? _____ | | |
| Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Welche? _____ | | |
| Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt? | ☐ ja | ☐ nein |

18. Arme und Hände:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke? | ☐ ja | ☐ nein |
| Schlafen Ihnen nachts, in den frühen Morgenstunden die Hände ein? | ☐ ja | ☐ nein |
| Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände oder Finger? | ☐ ja | ☐ nein |
| Leiden sie unter Gefühlsstörungen oder Taubheitsgefühlen der Hand oder einzelner Finger? | ☐ ja | ☐ nein |
| Haben sie Beschwerden in den Armen? | ☐ ja | ☐ nein |
| Andere Beschwerden? | ☐ ja | ☐ nein |

Welche? _____

Zittern Ihre Hände? ☐ ja ☐ nein

19. Beine und Füße:

Leiden Sie unter Krampfadern? ☐ ja ☐ nein

Treten nachts Wadenkrämpfe auf? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Schmerzen in den Beinen oder Füßen? ☐ ja ☐ nein

Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt eine Pause einlegen? ☐ ja ☐ nein

Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen? ☐ ja ☐ nein

Bestehen Schmerzen in den Kniegelenken oder Fußgelenken? ☐ ja ☐ nein

Gibt es Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen? ☐ ja ☐ nein

20. Harn- und Geschlechtsorgane

Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen? ☐ ja ☐ nein

Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Blut im Urin festgestellt? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurück zu halten? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt? ☐ ja ☐ nein

Müssen Sie nachts regelmäßig aufstehen um Wasser zu lassen? ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie häufiger unter Harnwegsinfekten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie oft? _____

Tritt ein Sekret aus der Harnröhre? ☐ ja ☐ nein

21. Haut, Haare, Nägel

Leiden Sie unter Hautveränderungen? ☐ ja ☐ nein

Hautjucken? ☐ ja ☐ nein

Treten in neuerer Zeit schnell blaue
Flecken auf? ☐ ja ☐ nein

Heilen bei Ihnen Wunden schlecht aus? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Narben (durch Operationen
oder Unfälle) die Sie stören oder die Sie
als unangenehm empfinden? ☐ ja ☐ nein

Wo befinden sich die Narben?

Leiden Sie unter Haarausfall? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, seit wann? _____

Leiden Sie unter brüchigen Nägeln? ☐ ja ☐ nein

sonstige Veränderungen an Haaren
oder Nägeln? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie oft? _____

Hatten Sie in der Vergangenheit Zeckenbisse
oder vor kurzem? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann war das? _____

22. Gynäkologische Anamnese

Treten Beschwerden im Zusammenhang mit
der Periode auf? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Beschwerden im Bereich
der Brüste? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie Verhütungsmittel („Pille“) ein? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie andere Hormonpräparate ein? ☐ ja ☐ nein

In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf? _____

Wie lange ist die Zyklusdauer? _____

Wie ist die Blutungsstärke? _____

Treten schwach Regelblutung auf? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, seit wann? _____

Sind sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

Wann trat die letzte Regelblutung auf? (Menopause)?

23. Was Ihnen sonst noch " auf dem Herzen liegt."

24. Mit welcher Erwartung kommen Sie zu mir?

25. Auf einer Skala von 1 - 10, wieviel Energie haben Sie zur Zeit?

Datum _____

Unterschrift _____