

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.
Deshalb bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser und individueller kann ich Sie behandeln.

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Beruf _____ Email _____

Krankenversicherung _____ Zusatzversicherung _____

1. Wegen welchen Beschwerden kommen Sie zu mir?

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

3. Hatten Sie Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen und ca. in welchem Alter:

- Masern _____ Röteln _____ Windpocken _____
 Mumps _____ Scharlach _____ sonstige: _____

4. Operationen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Blinddarm Wann? _____
 Mandeln Wann? _____
 Sonstiges Welche und Wann? _____

5. Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:

- Heuschnupfen Tierhaare Hausstaub
 Penicillin Lidocain Acetylsalicylsäure
 Pollen Milben (z.B. Aspirin)
 Metalle
 Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____
 Sonstige Allergien: _____

6. Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen und angeben wer aus der Familie:

- Bluthochdruck _____ Diabetes mell. _____ Asthma _____
 Herzinfarkt/Schlaganfall _____ Psych. EK _____ Krebs _____
 Erbkrankheiten _____ Gicht/Rheuma _____ Nieren-EK _____
 Lungen-EK _____ Fettstoffwechselstörung _____
 Sonstige _____

7. Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

- Anzahl Schwangerschaften _____ Anzahl Geburten _____
Einnahme der Pille ja nein
Hormonspirale ja nein
Andere hormonelle Verhütung: _____
Monatsblutung regelmäßig unregelmäßig schmerzhaft
Menopause? Wann? _____
Wechseljahrsbeschwerden? _____

8. Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

9. Zu Ihrer Person

Größe ____ cm Körpergewicht ____ kg
Rauchen Sie? ja nein falls ja wie viel pro Tag _____
Welchen Sport treiben Sie regelmäßig? _____
Gegen was sind Sie geimpft? _____
Wie viel trinken Sie pro Tag und was? _____
Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag? _____
Haben Sie derzeit Stress oder besondere Belastungen? _____
Wie ist ihr Schlafverhalten? Einschlafen? Durchschlafen? _____

10. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Magen-/Darm-EK | <input type="checkbox"/> Leber/Galle/Pankreas | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstrg. |
| <input type="checkbox"/> Rheuma/Gicht | <input type="checkbox"/> Nieren/Blase | <input type="checkbox"/> Lungen-EK/Asthma bronch. |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-EK | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne |
| <input type="checkbox"/> Tumor-EK | <input type="checkbox"/> Gelenk/Wirbelsäule-EK | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen-EK |
| <input type="checkbox"/> Ohren-EK | <input type="checkbox"/> Augen-EK | <input type="checkbox"/> Venen/Durchblutung |
| <input type="checkbox"/> psych. EK/Depression | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige chronische Erkrankungen _____ | | |

11. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten? Z.B. im Urlaub

12. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

- | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt | <input type="checkbox"/> Kunststoff |
| <input type="checkbox"/> Gold | <input type="checkbox"/> Keramik | |
| Weisheitszähne vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Implantate | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

13. Wie ist ihre Verdauung? Bitte wieder ankreuzen:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl | <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang alle 2-3 Tage | <input type="checkbox"/> Stuhlgang ____x tgl. | <input type="checkbox"/> Stuhlgang geformt |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang breiig | <input type="checkbox"/> Stuhlgang zu fest | <input type="checkbox"/> Stuhlgang zu flüssig |

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht gut: _____

14. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? Wenn möglich bitte mitbringen.

15. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

Ich möchte Sie darauf aufmerksam machen, dass meine Behandlungen nicht von gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Auch bei privaten Krankenkassen, Beihilfe und Zusatzversicherungen kann es sein, dass nicht der Gesamtbetrag erstattet wird. Die Differenz wird vom Patienten getragen.

Datum, Unterschrift
