

**Anamnesebogen**

….......................................................................................................................................................................

Name

….......................................................................................................................................................................

Anschrift

.............................................................. …......................................................

Telefon eMail

.............................................................. …......................................................

Geburtstag Größe (aktuell)

.............................................................. …......................................................

Geburtsort Gewicht (aktuell)

.............................................................. …......................................................

Geburtszeit Blutgruppe (falls bekannt)

….......................................................................................................................................................................

Beruf

….......................................................................................................................................................................

Hobbys

….......................................................................................................................................................................

Familienstand (seit wann)

….......................................................................................................................................................................

Kinder (Alter und Geschlecht)

…...................................................... …......................................................

Krankenkasse Zusatzversicherung

# falls Patient ein Kind ist:

…......................................................

Geburtsgewicht

…......................................................

Geburtsgröße

….......................................................................................................................................................................

Besonderheiten bei der Geburt

**Anleitung**

Bitte fülle diesen Fragebogen so genau wie möglich aus. Bei den Beispielen genügt, ggf. zu unterstreichen oder anzukreuzen, falls zutreffend; sonst mit eigenen Worten beantworten. Bitte nimm Dir genug Zeit zum Durcharbeiten. Alle Angaben unterliegen grundsätzlich der Schweigepflicht.

Falls Du etwas nicht verstehst, oder nicht beantworten kannst, überspringe die Frage; wir schauen dann ggf. nochmal gemeinsam.

Jede der abgefragten Informationen ist wichtig, damit ich mir ein umfassendes Bild Deiner Situation, und all der Einflüsse und Faktoren machen kann, die dazu ihren Beitrag leisten

Der Bogen ist mit die Grundlage unserer Zusammenarbeit.

**Unter welchen Beschwerden leidest Du?**

z.B. wo die Beschwerden sind, seit wann, zeitliche Abfolge des Auftretens, wie äußern sich die Beschwerden, wodurch werden die Beschwerden erleichtert oder verstärkt usw.

# Wurdest Du deswegen bereits behandelt? Wie?

**Chronologie Deiner Krankengeschichte**

Bitte erfasse alle bisherigen Erkrankungen und Operationen.

**Gab es ein bemerkenswertes Ereignis unmittelbar vor dem ersten Auftreten Deiner jetzigen Beschwerden?**

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Stress, Schreck, Umzug, Operation, Hautausschläge usw.

**Was erwartest Du von unserer Zusammenarbeit?**

# Allgemeines

**Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel/Präparate nimmst Du zur Zeit ein?**

**Schlaf Wieviele Stunden schläfst Du pro Nacht? Wie oft wirst Du nachts wach? Zu welcher Uhrzeit?**

Gibt es Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen?

**Träume Erinnerst Du Deine Träume?**

Wiederkehrende Träume, Alpträume, schrecklich, schön, nachdenklich, gegen Morgen

**Ernährung** Lebst Du nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (Diäten,Vegan usw.)?

Falls ja, welche?…………………………………………………………………..

Isst Du regelmäßig zum Frühstück, Mittag und Abend?.................................................. Snackst Du regelmäßig zwischen den 3 Hauptmahlzeiten? Wenn ja,was?...........................

…...........................................................................................................................................

An wie vielen Tagen der Woche isst Du Fleisch?.............................................................

Bereitest Du Dein Essen selbst zu? Wenn nein, woher beziehst Du Dein Essen (Kantine,Fertigprodukte)........................................................................................................

Wie groß ist Deine tägliche Trinkmenge an Mineralwasser und/oder Kräutertees?.................

Bitte schildere mir hier kurz, wie in normaler Tag hinsichtlich Ernährung bei Dir aussieht.   
Wann isst Du jeweils?   
Was gibt es zu den einzelnen Mahlzeiten?

Bitte nenne mir außerdem eventuelle Unverträglichkeiten oder allergischen Reaktionen an.

# Bauch, innere Organe

**Leber** Entzündung – Hepatitis, Gelbsucht

**Galle** Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Unverträglichkeit von Fett

**Magen** Völlegefühl, Gastritis (Magenschleimhautentzündung), Appetitlosigkeit, Geschwüre, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen

**Bauchspeicheldrüse**

Entzündung, Diabetes, sonstiges…..…………………………………………...

**Darm** Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarm-OP, Blähungen (Geruch?)………………….

**Stuhlgang** täglich, jeden 2. Tag, unregelmäßig, riecht nach………………………………………...

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall

Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, an einem Stück

**Milz** Schwellung, OP, Sonstiges

**Brustdrüse** Beschwerden,Operationen

**Herz** Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen

**Lunge** Bronchitis, häufig Husten, Auswurf

**Niere/Blase** Steine, Entzündungen

**Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach ……………………………………..

# Kopfbereich

**Leidest Du unter Kopfschmerzen?**

Häufig, selten, Stirn-Schläfen-Hinterhauptregion, halbseitig-doppelseitig-wechselnd, morgens-tagsüber- abends, Auslöser

**Augen** Bindehautentzündung, kurzsichtig-weitsichtig, sonstige Beschwerden

**Ohren** Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen bei Wind, Kälte,   
 Geräusche/Tinitus

# Zähne / Kiefer

Bitte entsprechende Spalte ankreuzen!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ja | nein |
| Häufige Zahnarztbesuche |  |  |
| Empfindliche Zähne |  |  |
| Karies |  |  |
| Wurzel-behandelte, tote Zähne |  |  |
| Zahnfüllungen mit Gold |  |  |
| Zahnfüllungen mit Amalgam |  |  |
| Zahnfüllungen mit Kunststoff |  |  |
| Zähne gezogen |  |  |
| Entfernungen von Amalgam |  |  |
| Ausleitung einer Amalgamintoxikation |  |  |

**Haare** Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann?……………………………

**Nase** Operationen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, häufige Nasennebenhöhlenentzündungen, Nasenbluten? Absonderungen (wässrig/schleimig/grünlich?)

Allergien auf ………………………………………………………………………

**Mandeln** häufig Mandelentzündungen als Kind / heute, Operation

**Schilddrüse** Überfunktionen, Unterfunktionen, Vergrößerungen, Operation

**Arme, Beine, Rücken, Haut**

**Arme** Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

**Beine** Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operation, kalte Füße, Kribbeln,Taubheitsgefühl

**Rücken** Schmerzen, Hexenschuss, Ischias, Skoliose usw.

**Haut/Nägel** Verbrennungen, Narben, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, Nagelbettentzündung, allergische Reaktion auf ………………………………………….

# Geschlechtsorgane

**Gynäkolog.** Ausfluss – keinen, stark, weiß, gelb, wund-machend, färbt die Wäsche Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Geschlachtskrankheiten usw.

**Menses** erste Menses…………………………...Letzte Menses……………………………………

Zyklus……………………………………………………….

Blutungen sind stark, schwach, hell, dunkel, klumpig, braun……………………………..

Beschwerden vor, während, nach der Regel? Welche?…………………………………..

Zwischenblutungen………………………………………………………………………….

Wechseljahresbeschwerden?

**Prostata** vergrößert, Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen

**Sexualität** vermindert, verstärkt, unbefriedigt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

# Welche Krankheiten in Deiner Familie sind Dir bekannt?

Bitte notiere, wer im Einzelnen von den Erkrankungen betroffen war oder ist, soweit bekannt.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Erkrankungen** | **Mutter** | **Vater** | **Geschwister (welche?)** | **Großeltern (welche?)** |
| Bluthochdruck |  |  |  |  |
| Niedriger Blutdruck |  |  |  |  |
| Herzerkrankungen |  |  |  |  |
| Gefäßerkrankungen |  |  |  |  |
| Schlaganfall |  |  |  |  |
| Asthma |  |  |  |  |
| Tuberkulose |  |  |  |  |
| Rheuma |  |  |  |  |
| Gicht |  |  |  |  |
| Steinkrankheiten (Blase, Niere) |  |  |  |  |
| Krebs |  |  |  |  |
| Epilepsie |  |  |  |  |
| Zuckerkrankheit (Diabetes Typ) |  |  |  |  |
| Multiple Sklerose |  |  |  |  |
| Schuppenflechte |  |  |  |  |
| Allergien |  |  |  |  |
| Geisteskrankheiten |  |  |  |  |
| Geschlechtskrankheiten |  |  |  |  |
| Selbstmord |  |  |  |  |
| Alkoholismus |  |  |  |  |
| Sonstige: |  |  |  |  |

# Welche Impfungen hast Du bekommen?

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cholera |  | Hepatitis A |  | Meningitis |  | Haemophilus influenzae |  |
| Diphtherie |  | Hepatitis B |  | Mumps |  | Malariaprophylaxe |  |
| FSME |  | Kinderlähmung |  | Röteln |  | Tuberkulose |  |
| Gelbfieber |  | Masern |  | Tetanus |  | Typhus |  |
| Pocken |  | Keuchhusten |  | Covid (welche?) |  |  |  |
| Sonstige: |  |  | | | | | |

**Hat es Reaktionen auf eine der Impfungen gegeben?**

z.B. Fieber, Schlaflosigkeit, Unruhe usw.

# 

# Welche Infektionskrankheiten hast Du durchgemacht?

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Röteln |  | Aids |  | Diphtherie |  | Tropenkrankheiten |  |
| Mumps |  | Keuchhusten |  | Ruhr |  | Geschlechtskrankheiten |  |
| Masern |  | Tuberkulose |  | Malaria |  | Covid |  |
| Scharlach |  | Windpocken |  | Gelbfieber |  |  |  |
| Sonstige: |  |  | | | | | |

**Wurdest Du in der Vergangenheit mit einem Antibiotikum behandelt?**

wenn ja: wann, weshalb, wie lange/wie oft, mit welchem Mittel genau?

# Sonstiges

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Ja | nein |
| Schwitzt Du leicht? |  |  |  |
| Leidest Du unter mangelnder Konzentration? |  |  |  |
| Bist Du wetterempfindlich? |  |  |  |
| Treibst Du regelmäßig Sport? |  |  |  |
| Hat sich Dein Gewicht innerhalb der letzten Wochen verändert? |  |  |  |
|  | zugenommen / abgenommen?.................................. | | |
| Rauchst Du regelmäßig? |  |  |  |
|  | wie viele Zigaretten pro Tag?.................................... | | |
| Gibt es belastende Ängste – Schuldgefühle - Konflikte |  |  |  |

**War Deine eigene Geburt eine natürliche?**

**Wurdest Du als Baby gestillt? Wie lange?**

**Wie hast Du Deine Kindheit erlebt?**

**Was ist Deiner Meinung nach die Ursache Deiner Symptome/Krankheit?**

**Gibt es für Dich einen Sinn im Leben, und wenn ja, welcher ist das?**

In meinem **Newsletter** teile ich regelmäßig **spannende Infos und Tipps** rund ums Thema holistische/natürliche Gesundheit. Darf ich Dich in den Verteiler aufnehmen (Du kannst Dich jederzeit ganz einfach wieder austragen)?