



Anamnesebogen

.....
Name

.....
Anschrift

.....
Telefon

.....
eMail

.....
Geburtsstag

.....
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).....

Daseinsfreu.de - Delia Gröninger Heilpraktikerin

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

Daseinsfreu.de - Delia Gröninger Heilpraktikerin

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/**Trills**

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		

Daseinsfreu.de - Delia Gröninger Heilpraktikerin

- 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, Geschlechtskrankheiten 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)?