



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

bei Kindern:

.....
Geburtsgewicht

.....
Apgar-Wert

.....
Geburtsgröße

.....
Besonderheiten bei der Geburt

Anleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt, es zu unterstreichen oder anzukreuzen, falls zutreffend; sonst mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit zum Durcharbeiten. Alle Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Falls Sie etwas nicht verstehen, oder beantworten können, überspringen Sie die Frage; wir schauen dann nochmal gemeinsam.

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

Der Bogen ist Grundlage unseres ersten Gespräches, und Ihrer Therapie.

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

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.

Wurden Sie deswegen bereits behandelt? Wie?

Daseinsfreu.de - Delia Gröninger Heilpraktikerin

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

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

Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt?

Bitte notieren Sie, wer im Einzelnen von den Erkrankungen betroffen war oder ist, soweit es Ihnen bekannt ist. Mit „Andere Familienmitglieder“ meine ich v.a. Großeltern

Erkrankungen	Mutter	Vater	Geschwister (welche?)	Andere Familienmitglieder
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				

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

Cholera		Hepatitis A		Meningitis		Haemophilus influenzae	
Diphtherie		Hepatitis B		Mumps		Malariaprophylaxe	
FSME		Kinderlähmung		Röteln		Tuberkulose	
Gelbfieber		Masern		Tetanus		Typhus	
Pocken		Keuchhusten					
Sonstige							

Hat es Reaktionen auf eine der Impfungen gegeben?

z.B. Fieber, Schlaflosigkeit, Unruhe usw.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Röteln		Aids		Diphtherie		Tropenkrankheiten	
Mumps		Keuchhusten		Ruhr		Geschlechtskrankheiten	
Masern		Tuberkulose		Malaria			
Scharlach		Windpocken		Gelbfieber			
Sonstige							

Wurden Sie in der Vergangenheit mit einem Antibiotikum behandelt?

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

Kopfbereich

Leiden Sie 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/Tinnitus

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

Brust-Bauch-Rücken

Brustdrüse Beschwerden, Operationen

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

Lunge Bronchitis, häufig Husten, Auswurf

Leber Entzündung – Hepatitis, Gelbsucht

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

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

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

Niere/Blase Steine, Entzündungen

Harn viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach

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

Allgemeines

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Schlaf	Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen, Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen
Schlaflage	Bauch, Rücken, links, rechts, kniend, zusammengerollt, Oberkörper erhöht
Träume	Wiederkehrende Träume, Alpträume, schrecklich, schön, nachdenklich, gegen Morgen

Sonstiges

		Ja	nein
Schwitzen Sie leicht?			
Leiden Sie unter mangelnder Konzentration?			
Sind Sie wetterempfindlich?			
Treiben Sie regelmäßig Sport?			
Hat sich Ihr Gewicht innerhalb der letzten Wochen verändert?			
	zugenommen / abgenommen?.....		
Rauchen Sie regelmäßig?			
	wie viele Zigaretten pro Tag?.....		
Gibt es belastende Ängste – Schuldgefühle - Konflikte			

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?**Chronologie der Krankengeschichte**

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

Erinnern Sie Ihre nächtlichen Träume?

Bessern sich Ihre Beschwerden, wenn Sie Ruhe haben, entspannt oder im Urlaub sind?

War ihre eigene Geburt eine natürliche?

Wurden Sie als Baby gestillt? Wie lange?

Wie haben Sie Ihre Kindheit erlebt?