



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient

Herzlich Willkommen in meiner Praxis.

Um Sie kompetent ganzheitlich behandeln zu können, bitte ich Sie um Ihre Mithilfe.

Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten.

Vielen Dank!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Versicherung:  gesetzlich \_\_\_\_\_  Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

privat \_\_\_\_\_  Beihilfe  Bund  Land

Familienstand:  alleinstehend  verheiratet  Lebensgemeinschaft  geschieden  verwitwet  getrennt lebend

Kinder \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Empfehlung von \_\_\_\_\_  Sonstiges \_\_\_\_\_

1. Welche aktuellen Beschwerden haben Sie und seit wann bestehen diese?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Gab es einen Auslöser? (Trauma, Unfall, Medikamente, Impfung...)

---

---

---

---

3. Waren / Sind Sie wegen dieser Beschwerden bereits in Behandlung? Wenn ja, wo?

---

---

---

---

4. Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, wo?

Kopf  Zähne  Nacken/Schultern  Wirbelsäule  Unterleib  Magen-/Darm  Beine

Sonstiges

---

---

5. Weitere Beschwerden:

---

---

---

---

6. Welche Operationen / Unfälle hatten Sie? Wann?

---

---

---

---

7. Haben Sie Narben, Tattoos, Piercings?

Nein  Ja

---

---

8. Welche Medikamente nehmen Sie momentan ein?

---

---

---

---

9. Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein? (Vitamine, Mineralstoffe)

---

---

---

---

10. Wann erfolgte die letzte Antibiotika-Therapie und warum?

---

---

---

---

11. Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?  Nein  Ja, welche

---

12. Welche Impfungen / Auffrischungen haben Sie bekommen? Kam es dabei zu unerwünschten Reaktionen?

---

---

---

---

13. Rauchen Sie?  Nein  Ja, Anzahl pro Tag \_\_\_\_  Raucher von bis (Jahre)

---

14. Treiben Sie Sport?  2x pro Woche oder öfter  gelegentlich  nein

15. Welche Allergien oder Unverträglichkeiten sind bekannt?

Heuschnupfen  Tierhaare  Penicillin  Hausstaub  Lidocain  ASS (z.B. Aspirin)

Pollen  Milben  Nahrungsmittel \_\_\_\_\_  Sonstige \_\_\_\_\_

16. Wieviel Wasser trinken Sie täglich? (Ohne Fruchtsaft, Kaffee, Tee, Alkohol)

3 Liter  2 Liter  1 Liter  500 ml  weniger

17. Wie ernähren Sie sich?

Fleisch \_\_\_ x pro Woche  Fisch \_\_\_ x pro Woche  Obst/Gemüse \_\_\_ x täglich

Süßigkeiten \_\_\_ x täglich  Fast food \_\_\_ x pro Woche  Milchprodukte \_\_\_ x täglich

Veganer  Vegetarier  Sonstiges \_\_\_\_\_

Heißhunger auf \_\_\_\_\_  Abneigung gegen \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?  täglich  2-3x pro Woche  seltener  nie Welchen Alkohol?

\_\_\_\_\_

17. Wie ist Ihre Verdauung?

Stuhlgang \_\_\_ x täglich / \_\_\_ x wöchentlich  Völlegefühl nach dem Essen  Sodbrennen

Blähungen  Aufstoßen  Verstopfung  Durchfall  Appetitlosigkeit

Übelkeit / Erbrechen  Hämorrhoiden  Gastritis  Magengeschwür  Helicobacter pylori

18. Neigen Sie eher zum  Schwitzen  Frieren

19. Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

Allergien  Tuberkulose  Steinerkrankungen  Herzerkrankungen  Hauterkrankungen

Asthma  Gefäßerkrankungen  Gicht  Krebserkrankungen  Multiple Sklerose

Rheuma  Bluthochdruck  Diabetes  Depressionen  Selbstmord/Suizid

Sonstige Erkrankungen

\_\_\_\_\_

20. Welche Infektionskrankheiten haben Sie bereits durchgemacht?

Masern  Mumps  Röteln  Scharlach  Windpocken  Grippe (Influenza)

Tetanus  TBC  Typhus  Salmonellose  FSME  Borreliose

Keuchhusten  Gonorrhoe  Syphilis  Kinderlähmung  Pfeiffersches Drüsenfieber

Tropenkrankheiten  Sonstige \_\_\_\_\_

21. Wie schlafen Sie?

Einschlafprobleme  Nachtschweiß  Zähneknirschen  Häufiges Erwachen Uhrzeit \_\_\_\_\_

Sprechen im Schlaf  Keine Träume  Lebhaftige Träume  Nächtl. Wasserlassen Uhrzeit \_\_\_\_\_

Schnarchen  Bauchlage  Seitenlage  Rückenlage

Schlafdauer \_\_\_\_\_ Stunden Fühlen Sie sich morgens ausgeschlafen?  Ja  Nein

22. Wie ist der Zustand Ihrer Zähne?

Gold / Kronen  Wurzelbehandlung  tote Zähne  Implantate  Brücken  Weisheitszähne

Amalgam  Amalgam entfernt wann? \_\_\_\_\_

23. Sind Schilddrüsen-Erkrankungen bekannt?

nein  ja, welche und seit wann  
\_\_\_\_\_

24. Wie hoch ist Ihre psychische Belastung (Stress) auf einer Skala von 1-10? \_\_\_\_\_

25. Für Patientinnen:

Monatsblutung  regelmäßig  unregelmäßig  schmerzhaft

Ausfluss  Zysten / Myome  Tumore

Geburten  Fehlgeburten  Ausschabungen

Menopause seit \_\_\_\_\_  Klimakterische Beschwerden

Verhütung \_\_\_\_\_

26. Für Patienten:

Prostataprobleme  Beschwerden beim Wasserlassen  Sonstiges  
\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Offenheit.

Bitte bringen Sie Ihre aktuellen Blutbilder und Befunde zum ersten/nächsten Termin mit.

Datum: Unterschrift: