

Anamnesebogen



Liebe Patientin,
Lieber Patient,

bei einer ganzheitlichen, regulativen Therapie müssen die individuellen Ursachen, die zur Entwicklung eines Symptoms oder einer Krankheit geführt haben, berücksichtigt werden. Deshalb ist dieser Fragebogen sehr ausführlich und sollte möglichst genau von Ihnen ausgefüllt bzw. mit weitergehenden Informationen ergänzt werden.

Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____ Email _____

Beruf _____ Familienstand _____

Größe _____ Gewicht _____ Kinder/Alter _____

Hausarzt _____

Weitere Therapeuten _____

Gesetzlich versichert Private Krankenversicherung Zusatzversicherung Beihilfe

Beschwerden

Welche akuten und/oder chronischen Beschwerden führen Sie in meine Praxis?

Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

Wie äußern sie sich? (Symptome, Schmerzen, Lokalisation, Art und Stärke der Beschwerden, zeitliche Entwicklung, auslösende, verstärkende oder lindernde Faktoren und Begleiterscheinung der Beschwerden (z.B. Schwindelanfälle, Nachtschweiß))

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Von wem und wie sind Sie bisher behandelt worden?

Medikamente

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente, Hormone oder Vitamine ein?

<i>Name</i>	<i>Grund</i>	<i>Dosierung</i>
-------------	--------------	------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten/Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten?
Wenn ja, welche? (z.B. Nahrungsmittel, Tierhaare, Pollen, Hausstaub)

Schmerzmittel nie/selten/häufig

Welche? _____

Abführmittel nie/selten/häufig

Welche? _____

Operationen, Unfälle, Narben

Operationen Welche? _____

Wann? _____

Unfälle Welche? _____

Wann? _____

Narben Wo? _____

Körperfunktionen

Wie ist Ihr Appetit? normal verstärkt vermindert

Wieviel trinken Sie? normal wenig viel

- Schwitzen Sie? normal wenig viel
- Haben Sie Nachtschweiß? ja nein
- Spüren Sie einen Leistungsknick? ja nein gelegentlich
- Wie ist Ihr Stuhlgang? normal flüssig breiig täglich_____mal, wöchentlich_____mal
- Wie ist die Stuhlfarbe normal gelblich grünlich gräulich
- Wie ist Ihr Schlaf? normal/durchgehend Einschlafstörung Durchschlafstörung
- Sonstiges_____
- Treiben Sie Sport? Art_____
- Häufigkeit_____ pro Woche
- Dauer_____

Lebensstil

- Rauchen Sie? ja nein gelegentlich
- Trinken Sie Alkohol? ja, wieviel?_____ nein Kaffee ja nein
- Nehmen oder nahmen Sie Drogen? ja nein früher
- Wie sind Ihre Ess- und Trinkgewohnheiten?
-
- Gibt es Elektromog (Funkmasten, Mobiltelefon), Wasseradern, in Ihrem Umfeld? ja nein
- Sind Sie im Kontakt mit giftigen Substanzen? (Insektizide, Lösungsmittel, etc.)
- ja, welche?_____ nein zu Hause am Arbeitsplatz

Herz-Kreislauf-System

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

- Blutdruck normal/hoch/niedrig seit:_____ Puls_____/min Schlaganfall
- Herzrhythmusstörungen Herzerkrankungen/Herzinfarkt Hämorrhoiden offenes Bein
- Krampfadern Sonstiges_____

Sinnesorgane

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

- Kurzsichtigkeit Weitsichtigkeit Grauer Star Grüner Star Schwerhörigkeit
- Geschmacksstörungen Geruchsstörungen Missempfindungen Taubheitsgefühl
- Krämpfe Sonstiges_____

Magen-Darm-Trakt

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

- Blähungen Verstopfung Durchfall Blutiger Stuhl Schmerzen
 Sonstiges _____

Schilddrüse

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

- Überfunktion Unterfunktion Sonstiges _____

Atemwege

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

- Husten Luftnot in Ruhe oder Belastung Asthma Lungenentzündung
 Sonstiges _____

Haut

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

- Akne Ekzeme Schuppenflechte Sonstiges _____

Bewegungsapparat

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

- Rheuma Arthritis Arthrose Gelenkbeschwerden Ischiasbeschwerden Knochenbrüche
 Wirbelsäulenbeschwerden Bandscheibenerkrankungen Sonstiges _____
(HWS,BWS,LWS)

Urogenitaltrakt

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

- Nieren- oder Nierenbeckenentzündung Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine
 Nächtliches Wasserlassen Häufigkeit _____
 Schwierigkeiten beim Wasserlassen Sexuelles Empfinden normal/gestört Sonstiges _____

Männer: Prostataerkrankungen

Frauen: Krankheiten der Unterleibsorgane und Brüste

Geburten/Schwangerschaften/Schwangerschaftsabbruch

Periode regelmäßig/unregelmäßig/schmerzhaft/stark/schwach/mit Verstimmungszuständen
(bitte Zutreffendes unterstreichen)

Letzte Periode am: _____

Nicht mehr seit: _____

Sonstiges _____

Mund und Zähne

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

Parodontose Wurzelbehandelte Zähne, wenn ja, welche? _____

Implantate Amalgamfüllungen/Amalgamsanierung

Zahnmaterialien, welche? Gold Titan Kunststoff Keramik Palladium

fehlen Zähne: ja nein Tote Zähne: ja nein, wenn ja, welche?

wenn ja, welche? _____

Lymphsystem

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

Schwellungen an:

Knöchel Unterschenkel Arme Augenlider Nasenschleimhäute Lymphknoten

Sonstiges _____

Stoffwechsel

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten oder Symptome?

Diabetes Leberkrankheiten Gallensteine Gicht Pankreas Krebserkrankungen

Autoimmunerkrankungen, welche? _____

Sonstiges _____

Kindheit und Jugend

Wie ist Ihre Geburt verlaufen? normal Kaiserschnitt

Sonstiges _____

Wurden Sie mindestens 6 Monate gestillt? ja nein keine Kenntnis

An welche Kinderkrankheiten können Sie sich erinnern?

Infektionskrankheiten

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie?

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Windpocken/Herpes Zoster/Herpes-Erkrankungen
- Tuberkulose
- Hepatitis
- Borreliose

Sonstige_____

Impfungen: Gab es Impfreaktionen, wenn ja, welche?_____

- | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Pertussis | <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Rotaviren | <input type="checkbox"/> Meningokokken C | |
| <input type="checkbox"/> M/M/R | <input type="checkbox"/> Varizellen | <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> HPV | |

Nasennebenhöhlenentzündungen? ja nein akut chronisch

Fieber oft selten nicht mehr seit_____

Seelisches/psychisches Wohlbefinden

- Leiden Sie an:** Nervosität Freudlosigkeit Vergesslichkeit Konzentrationsstörungen
 Nachlassendes Interesse an familiären und gesellschaftlichen Ereignissen
 Einsamkeitsgefühle Trauer Zukunftsängste Existenzängste
 berufliche Unzufriedenheit Unzufriedenheit mit dem Leben Familiäre Schwierigkeiten
- Sonstiges_____

Waren Sie schon einmal in psychologischer Behandlung? ja nein

Familienanamnese

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern, Geschwister)

Erkrankungen der Eltern (V=Vater/M=Mutter)

Großeltern (VV=Vaters Vater, VM=Vaters Mutter, MV=Mutters Vater, MM = Mutters Mutter)

Geschwister (B= Bruder/S=Schwester)

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Steinleiden | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Suizid | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | | | |

Sonstiges_____

Auslandsaufenthalte/Urlaub/Hobbies/Haustiere

Schlusswort

Gibt es noch etwas, worüber Sie mit mir gerne sprechen möchten?

Datum_____

Unterschrift_____