

## Anamnesebogen

Sehr geehrte(r) Patient(in),

bitte füllen Sie den folgenden Anamnesebogen so vollständig wie möglich aus und bringen Sie ihn zum Erstgespräch mit (oder senden Sie ihn vorab per E-Mail/ Post).

Ihre Angaben verwende ich ausschließlich für Therapiezwecke und behandle sie streng vertraulich. Als Heilpraktikerin unterliege ich der Schweigepflicht nach dem BGB.

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse (Gesetzlich, Privat, Zusatzversicherung?): \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Bitte schildern Sie nachfolgend wegen welcher Beschwerden Sie meine Praxis aufsuchen.

\_\_\_\_\_

Wo haben Sie Beschwerden? (Ausstrahlung?)

\_\_\_\_\_

Wie sind die Beschwerden? (Intensität/Stärke: 1 = kaum wahrnehmbar bis 10 = kaum ertragbar).  
Schmerzcharakter: (z.B.hell stechend oder dumpf bohrend)

\_\_\_\_\_

Wann? Beginn (seit wann) treten Ihre Beschwerden auf? Tageszeit/Rhythmus/Dauer/Ablauf

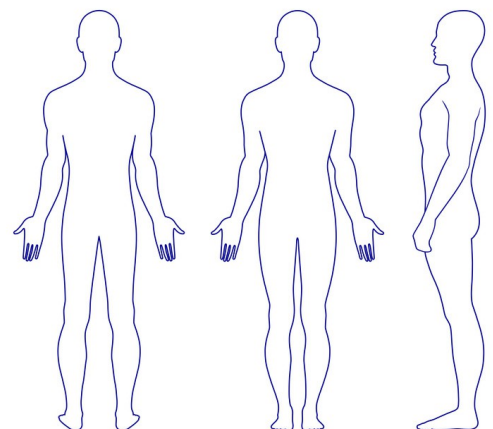
\_\_\_\_\_

Ursachen/Auslöser Ihrer Beschwerden? Was verbessert oder verschlimmert?

\_\_\_\_\_

Bitte zeichnen Sie hier die Schmerzregionen ein.

- **Kreuze** für punktförmige Schmerzen
- **Pfeile** für ausstrahlende Schmerzen
- **Linien** für unklare Schmerzlokalisierung



Welche Behandlungen haben Sie bisher wegen Ihrer Beschwerden erhalten?

---

---

---

---

Frühere Erkrankungen / Operationen / Unfälle/ Kuren

---

Allergien (zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ergänzen)

- Medikamente: \_\_\_\_\_  Insektenstiche: \_\_\_\_\_  
 Tierhaare: \_\_\_\_\_  Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_  
 Hausstaub, Blütenpollen: \_\_\_\_\_  Sonstige: \_\_\_\_\_

	Ja	Nein	
Kinderkrankheiten			Welche?
Impfungen			Welche?
Zeckenbiß gehabt			Wann?

## Familienanamnese

	Erkrankungen	Verhältnis zu der Person von 1 = schlecht bis 10 = sehr gut
Mutter		
Vater		
Oma		
Opa		
Geschwister		
Kinder		

## Sozialanamnese

- Familienstand \_\_\_\_\_  
Stabile Partnerschaft \_\_\_\_\_  
Belastungen / Sorgen im familiären Umfeld \_\_\_\_\_  
Freunde, soziale Netzwerke (Vereine etc.) \_\_\_\_\_  
Hobbys \_\_\_\_\_  
Sportliche Aktivitäten \_\_\_\_\_  
Auslandsaufenthalte \_\_\_\_\_  
Haustiere \_\_\_\_\_  
Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_  
Arbeitszeiten /Schichten \_\_\_\_\_  
Zufriedenheit Arbeit,Kollegen etc. \_\_\_\_\_  
Arbeiten mit schädlichen Stoffen \_\_\_\_\_

## Allgemeine Lebensführung (zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. ergänzen)

	Ja	Nein	Wieviel / wie oft?	Welche/Was?
Rauchen Sie?				
Trinken Sie Alkohol?				
Trinken Sie Kaffee?				
Nehmen Sie Drogen?				
Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Für welche Erkrankung / Dosierung / Nebenwirkungen				
Extreme Gewichts- veränderungen in letzter Zeit				
Fieber, Nachtschweiß				
Infektanfälligkeit				
Juckreiz				Wo?
Schlafstörungen / Albträume				Zu welcher Zeit?
Haben Sie Narben				Wo?
Schnarchen				
Vegetarier/Veganer				
Durst	Wie viel trinken Sie täglich?			
Appetit	Heißhunger/Abneigungen:			

## Haut

	Ja	Nein	Seit wann?	Wo?
Hautveränderungen				
viele Leberflecke				
Neurodermitis				
Schuppenflechte				
Hautkrebs				
Neigung zu blauen Flecken				
schlecht heilende Hautwunden				
Sonstiges				

## Blut

	Ja	Nein	Seit wann?
Anämie			
Eisenmangel			
Leukämie			
Sonstiges			

## Kopfbereich

	Ja	Nein	Häufigkeit	Intensität (1 = kaum spürbar - 10 = unerträglich)	Auslöser	Begleitsymptome
Haarausfall						
Schwindel						
Ohnmachtsanfälle						
Epileptische Anfälle						
Demenz						
Schmerzen der Gesichtsnerven						
Kopfschmerzen						
Migräne						
Sehstörungen						
Tinnitus						
Behinderte Nasentatmung						
Nutzen Sie Nasenspray?						
Nasenbluten						
Nebenhöhlen- entzündung						
Lippenherpes						
Amalgamfüllungen						
Zahnschmerzen						
Zähneknirschen						
Zahntfernungen						
eitrige Zahnwurzeln						
Häufige Mandel- entzündungen (Früher / Heute)						OP?
Sonstiges						

## Halsbereich

	Ja	Nein	Seit wann?
Schluckbeschwerden			
Kloßgefühl im Hals			
Heiserkeit			
Saures Aufstoßen			
vergrößerte Schilddrüse (SD)			
SD Überfunktion			
SD Unterfunktion			
SD OP			
SD Medikamente			
Lymphknotenschwellung			
Sonstiges			

## Brustbereich

	Ja	Nein	Seit wann?
Hoher Blutdruck			
Niedriger Blutdruck			
Infarkte			
Arteriosklerose			
Druck / Engegefühl in der Brust			
Herzjagen / Herzstolpern			
Husten			
Auswurf			Beschaffenheit:
Asthma			
Atemnot			
Bronchitis			
Lungenentzündung			
Sonstiges			

## Bauchraum

	Ja	Nein	Seit wann?	Welche/Wie oft?
Beschwerden während oder nach dem Essen				
Übelkeit/Erbrechen				
Appetitlosigkeit				
Sodbrennen				
Entzündung der Magenschleimhaut				
Geschwüre				
Neuerdings Abneigung gegen Fleisch?				
Entzündliche Darmerkrankungen				
Durchfall				
Verstopfungen				
Stuhlgang			Häufigkeit / Farbe / Geruch:	
Blutiger Stuhl				
Hämorrhoiden				
Blinddarmerkrankungen / OP				
Häufige Müdigkeit				
Lebererkrankungen				
Gallenkoliken				
Gallensteine				
Fettunverträglichkeit				
Gallen-OP				
Blasenentzündungen				
Inkontinenz				
Schmerzen / Brennen beim Wasserlassen			Urinfarbe / Geruch:	
Nächtl. Wasserlassen				
Blut im Urin				
Nierensteine				
Nierenerkrankungen				
Prostatabeschwerden				
Sonstiges				

## Rücken

	Ja	Nein	Seit wann?	Wo?
Bandscheibenvorfall				
Eingeschränkte Beweglichkeit				
Verspannungen				
Hexenschuß				
OP				
Morbus Bechterew				
Osteoporose				
Sonstiges				

## Arme und Hände

	Ja	Nein	Seit wann?
Steife / geschwollene Gelenke			
Verformungen			
Einschlafen der Hände nachts			
Kribbeln, Taubheitsgefühl			
Sonstiges			

## Beine und Füße

	Ja	Nein	Seit wann?
Krampfadern			
Wadenkrämpfe (nachts)			
Verformungen			
Beine oder Füße manchmal geschwollen			
Krampfadern			
Kribbeln, Taubheitsgefühl			
Gefäßerkrankungen			
Kalte Füße			
Sonstiges			

## Gynäkologische Anamnese der Frau

Wann war die erste Regelblutung: \_\_\_\_\_

Länge des Zyklus: \_\_\_\_\_ Stärke der Blutung:  schwach  normal  stark

Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung: \_\_\_\_\_

Beschwerden im Bereich der Brüste: \_\_\_\_\_

Anzahl Kinder: \_\_\_\_\_ Fehlgeburten: \_\_\_\_\_ Schwangerschaftsabbruch: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Psychische Anamnese

Waren oder sind Sie in psychologischer Behandlung?  Ja  Nein

Haben oder hatten Sie Suizidintendenzen? Gab es Selbstmordversuche?  Ja  Nein

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bewusstseins-/Orientierungsstörungen | <input type="checkbox"/> Angst-/Panikstörungen        | <input type="checkbox"/> Amnesie       |
| <input type="checkbox"/> Merk- & Gedächtnisstörungen          | <input type="checkbox"/> ADHS/ Aufmerksamkeitsstörung |  |
| <input type="checkbox"/> Posttraumatisches Belastungssyndrom  | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen      |  |
| <input type="checkbox"/> Selbstverletzungstendenz             | <input type="checkbox"/> Borderline                   | <input type="checkbox"/> Depression    |
| <input type="checkbox"/> Essstörungen (Anorexie/Bulimie)      | <input type="checkbox"/> Zwangsstörungen              |  |
| <input type="checkbox"/> Burn out                             | <input type="checkbox"/> Manie                        | <input type="checkbox"/> Schizophrenie |

Schätzen Sie sich bitte auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) - 10 (sehr gut) ein.

**Körperliche Leistung** 1-10: \_\_\_\_\_ **Gedächtnis** 1-10: \_\_\_\_\_

## Persönliche Ziele

Wie sehen Ihre persönlichen Ziele hinsichtlich Ihrer Erkrankung/ Ihres Problems aus?

---

---

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen sowie evtl. Befunde, Ihren Impfausweis und Ihre derzeitigen Medikamente/Beipackzettel zum Erstgespräch mit.

Um die Wartezeiten für Sie so gering wie möglich zu halten, vergebe ich zeitlich gut abgestimmte Termine. Deshalb bitte ich Sie um Pünktlichkeit. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, teilen Sie mir dies bitte mindestens 24 Stunden im voraus telefonisch mit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass ich Ihnen ansonsten 50% der Kosten privat in Rechnung stelle.