

## Anamnesebogen

Liebe Patientin,  
lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, um so besser können wir uns auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

**Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken uns den Fragebogen vor Ihrem Termin per Mail oder auch per Post zu.**

Vielen Dank!

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

1. Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu uns?

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

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

\_\_\_\_\_

3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- |                                 |                                    |                                     |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln    | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Mumps  | <input type="checkbox"/> Scharlach |                                     |

4. Welche Operationen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blinddarm       |  |
| <input type="checkbox"/> Mandeln         |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |  |

**5. Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:**

- |  |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen                            | <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Hausstaub                            |
| <input type="checkbox"/> Penicillin                              | <input type="checkbox"/> Lidocain  | <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure<br>(z.B. Aspirin) |
| <input type="checkbox"/> Pollen                                  | <input type="checkbox"/> Milben    |   |
| <input type="checkbox"/> Metalle                                 |                                    |   |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, bitte nennen: _____     |                                    |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Allergien, bitte nennen: _____ |                                    |   |

**6. Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen:**

- |   |                                   |  |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck  | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt    | <input type="checkbox"/> Asthma   | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung        |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> Krebs    |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |                                   |  |

**7. Für Patientinnen, bitte ausfüllen:**

Anzahl Schwangerschaften \_\_\_\_\_

Anzahl Geburten \_\_\_\_\_

Einnahme der Pille  ja  nein

Monatsblutung  regelmäßig  schmerzhaft  
 unregelmäßig

**8. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?**

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

**9. Zu Ihrer Person**

Größe \_\_\_\_\_ Körpergewicht \_\_\_\_\_ Anzahl Zigaretten/Tag \_\_\_\_\_

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie? \_\_\_\_\_

Wogegen sind Sie geimpft? \_\_\_\_\_

Wie viel trinken Sie pro Tag und was? \_\_\_\_\_

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Was essen Sie am liebsten? \_\_\_\_\_

Welche Abneigung haben Sie gegen Nahrungsmittel? \_\_\_\_\_

Haben Sie derzeit Stress? \_\_\_\_\_

Wie ist ihr Schlafverhalten? \_\_\_\_\_  
(Ein-, Durchschlafen)

\_\_\_\_\_

**11. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung         |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung       | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit           |
| <input type="checkbox"/> Rheuma          | <input type="checkbox"/> Asthma                 | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen        |
| <input type="checkbox"/> Depression      | <input type="checkbox"/> Gicht                  | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Gallensteine            |
- Sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_  
(chronisch)

**12. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten? Z.B. im Urlaub**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**13. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?**

- |                                  |   |                                     |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt | <input type="checkbox"/> Kunststoff |
| <input type="checkbox"/> Gold    | <input type="checkbox"/> Keramik          |                                     |
- Weisheitszähne vorhanden?  ja  nein  
Implantate  ja  nein

**14. Wie ist ihre Verdauung? Bitte wieder ankreuzen:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl n. d. Essen | <input type="checkbox"/> Vermehrt Blähungen | <input type="checkbox"/> Verstopfung       |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen              | <input type="checkbox"/> Vermehrt Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden      |
| <input type="checkbox"/> Gastritis               | <input type="checkbox"/> Heliobakter Pylori | <input type="checkbox"/> Durchfall         |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür           | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit   | <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang alle 2-3 Tage |   |  |
- Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen: \_\_\_\_\_

**15. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? Ggf. mitbringen.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**16. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_