

## Patienten – Anamnesebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und bringen Sie ihn zum ersten Termin mit.

Name, Vorname: _____ Geb.: _____
Straße: _____ PLZ/ Ort: _____
Tel.: _____ Mobil: _____
Email: _____
Privatkasse: ja / nein wenn ja, welche _____
Zusatzversicherung: _____

### **Lage des Wohn- und Arbeitsortes:**

ländlich  städtisch  industriell

Alter: \_\_\_\_\_

Größe/Gewicht: \_\_\_\_\_

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

früherer Beruf: \_\_\_\_\_

fam. Stand: \_\_\_\_\_

Schlaf: \_\_\_\_\_

Durst: \_\_\_\_\_

Schweiß: \_\_\_\_\_

Angst: \_\_\_\_\_

Appetit: \_\_\_\_\_

### **Schadstoffe am Arbeitsplatz/ zu Hause:**

Baustoffe  Lösemittel  Metalle, Stäube  andere

### **Hobbies:**

malen,  schweißen,  töpfern,  schießen,  andere

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_  Passivraucher

Treiben Sie Sport? Ja / Nein Häufigkeit? \_\_\_\_\_

### **Ernährungsgewohnheiten**

Vollwertkost  Vegetarier  Veganer  Gemischt  Fisch/ Huhn/ kein

diverse Diäten  Rohkost Schweinefleisch

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_

Trinken Sie Kaffee? Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_

Trinken Sie schwarzen Tee? Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_

**Unter welchen akuten Beschwerden leiden sie:**

Geben Sie den Zeitraum und die Intensität auf einer Skala von 0 bis 10 an:  
Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit

1. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Intensität \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Intensität \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Intensität \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Intensität \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Intensität \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Intensität \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Intensität \_\_\_\_\_

**Welche Behandlungen haben Sie gegen diese Beschwerden bereits unternommen?**

---

---

---

---

**Mit welchem Erfolg:**

sehr gut  gut  schlecht  sehr schlecht

**Was war unmittelbar vor dem Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

- eine andere Erkrankung, wenn ja, welche \_\_\_\_\_
- Kummer  Trauer  Schreck  Hautausschläge
- Operationen, wenn ja, welche \_\_\_\_\_
- anderes \_\_\_\_\_

**Ich leide an folgenden chronischen Krankheiten:**

**Herz:**

- Herzschwäche  Hoher Blutdruck  Niedriger Blutdruck
- Herzschmerzen  Blutdruck: li.: \_\_\_/\_\_\_ Puls re.: \_\_\_/\_\_\_ Puls
- andere

**Haut:**

- Hauterkrankungen  Anomalien  Neurodermitis  Ekzeme
- Durchblutungsstörungen  Haarausfall  andere

**Kopf**

- Kopfschmerzen  Migräne  Schwerhörigkeit  Nase  Mund
- Gebisszustand  andere

**Hals**

Mandeln  Schilddrüsenüberfunktion  Schilddrüsenunterfunktion  
 andere

**Zähne/ Kiefer**

wurzelbehandelte Zähne  Empfindlichkeit auf heiß / kalt  
 wurden Amalgamfüllungen entfernt ja / nein wann \_\_\_\_\_  
wurde danach eine Entgiftung durchgeführt?  ja  nein

**Nase**

Operationen  Heuschnupfen  behinderte Nasenatmung  Nase verstopft  
 Nasennebenhöhlenentzündungen

**HWS BWS LWS Kreuzbein**

Beschwerden  Beschwerden  Beschwerden  Beschwerden

**Atmungsorgane**

Asthma  Beschwerden  andere

**Augen**

Fehlsichtigkeit  Grauer Star  Grüner Star  Brille seit \_\_\_\_\_  
 sonstiges

**Schilddrüse**

Operation  Überfunktion  Unterfunktion  Vergrößerung  Knoten

**Bauch/ Verdauung**

Magen  Darm  Blähungen  Leber  täglich Stuhlgang  Galle

**Urogenitaltrakt**

Niere  Blase  Prostata  Uterus

**Nerven**

Depressionen  Nervosität  Aggression  veget. Dystonie  andere

**Blut**

Anämie  Blutgruppe \_\_\_\_\_  erhöhte Blutfette  
 Diabetes nicht insulinpflichtig  Diabetes insulinpflichtig, seit \_\_\_\_\_  
 Rheuma  Osteoporose  Erhöhter Cholesterinspiegel  Allergien  
 Arthrose  Müdigkeit  Infektanfälligkeit  Schlaganfall  
 TBC  Durchblutungsstörungen  andere  
 Krebserkrankungen, wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Operationen:**

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

Masern  Mumps  Röteln  Windpocken  Keuchhusten  
 Scharlach  Tetanus  Kinderlähmung  Malaria  Salmonellen  
 Ruhr  Syphilis  Pfeiffer'sches Drüsenfieber  Gonorrhoe  
 Tuberkulose  Borreliose  Tropenkrankheit  andere \_\_\_\_\_

**Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika / Penicillin behandelt?**

ja  
 nein

**Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?**

ja  
 nein

**Welche Impfungen haben Sie bekommen?**

Gab es Reaktionen auf diese Impfungen?  
 nein  
 ja welche?

**Ärztlich verordnete Medikamente:**

**Welche Nahrungsergänzungsmittel oder Naturheilpräparate nehmen Sie ein?**

**Nennen Sie Ihre behandelnden Ärzte in den letzten 12 Monaten (Geben Sie dabei Namen, Anschrift und Fachrichtung an)**

**Welche Behandlungen erfolgten in den letzten 12 Monaten?**

0 Physiotherapie 0 Ernährungsberatung 0 Entspannungstherapie  
 0 Bewegungs-/ Sporttherapie 0 Psychotherapie 0 Nichtrauchertraining  
 0 sonstiges \_\_\_\_\_

<b>Fragen</b>	1	2	3	4	5	6
Wie frisch und leistungsfähig haben sie sich heute gefühlt?						
Wie groß war heute Ihr Appetit auf Süßes?						
Wie groß war heute Ihr Durst?						
Wie gut konnten Sie sich heute konzentrieren?						
0 Erstuntersuchung, + Zwischenuntersuchung * Schlussuntersuchung						

**Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen und naturheilkundlichen Untersuchungsunterlagen, die für die Behandlung erforderlich sind, von den entsprechenden Stellen, Ärzten/ Therapeuten eingeholt werden können, bzw. Daten im Falle einer Weiter- oder Mitbehandlung an die entsprechenden Ärzte/ Therapeuten weitergegeben werden.  
(Bei Nichteinverständnis bitte streichen)

Ich bin damit einverstanden, per E-Mail angeschrieben zu werden (Rechnungen, Informationen, Anfragen)

Ich habe die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Ort/ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_