

## Anamnesebogen

Sie haben sich für eine naturheilkundliche Behandlung in meiner Praxis entschieden. Um Sie schnell, Ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechend, beraten und behandeln zu können, ist es erforderlich vorab ein paar Informationen zu erhalten. Je gewissenhafter Sie die Fragen beantworten, desto effizienter der Behandlungsverlauf..

Das Skript ist sehr umfangreich, aber nur so kann ich mir ein genaueres Bild über Ihre Beschwerden bzw. Ihre Erkrankung machen. Bitte füllen Sie das vorliegende Formular vor Ihrem ersten Praxisbesuch vollständig aus und lesen Sie die allgemeinen Geschäftsbedingungen für Heilpraktiker und den Behandlungsvertrag durch.

Bitte unterzeichnen Sie im Anschluss die von Ihnen gemachten Angaben, den Behandlungsvertrag und die Geschäftsbedingungen mit Ihrer Unterschrift.

Vielen Dank!

Vorname\_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Strasse:\_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat\_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Geburtstag\_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Körpergröße\_\_\_\_\_ Gewicht:\_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Familienstand:\_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geben Sie bitte Ihren Hausarzt mit Anschrift und Telefonnummer an:

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

## ALLGEMEINE ANAMNESE

Bitte beantworten Sie die 3 folgenden Fragen in der nachfolgenden Tabelle.

Welche Beschwerden führen Sie heute in meine Praxis?

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Sind die Beschwerden stärker geworden?

Geben Sie bitte den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 0-10 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 in Bezug auf diese Beschwerden schon erhalten?

---

---

Wie viele Ärzte, Heilpraktiker, Kliniken haben Sie in dieser Sache bereits aufgesucht?

---

---

Wie war der Erfolg? ☐ sehr gut ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

Was trat unmittelbar vor dem Beginn Ihrer Beschwerden auf?

(Erkrankung, Kummer, Trauer, Trennung, Schreck, Unfall, Operation, Hautausschläge, Auslandsaufenthalt, Insektenbiß oder anderer Biß, sonstiges Ungewöhnliches?)

---

---

Waren Sie in den letzten Monaten im Ausland?

---

Wo, wann und wie lange? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung? ☐ Ja ☐ Nein Falls ja, welche?

(Rheuma, Polyarthritis, Diabetes Typ 1, Sarkoidose, Lupus Erythematodes, Psoriasis, Morbus Basedow, Schilddrüse Störung Hashimoto, Morbus Bechterew, oder Sonstige)

---

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

(z.B. gegen Hausstaub, Tierhaare, Asthma, Laktose-, Fruktoseintolleranz, Zölliakie, Sprühe/Glutenunverträglichkeit, Kontaktallergien, Sonstiges)

---

---

Hatten Sie Unfälle? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, was ist passiert? \_\_\_\_\_

Wann /Jahr? \_\_\_\_\_ Folgeschäden? \_\_\_\_\_

Besondere Anmerkungen: \_\_\_\_\_

---

## Chronologische Krankheitsgeschichte

Bitte listen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen auf:

(Falls der Platz nicht ausreicht benutzen Sie ein gesondertes Blatt, vielen Dank!)

---

---

---

---

---

---

---

---

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

(Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Syphilis (Lues), Pfeiff'sches Drüsenfieber, Gonorrhöe, Tripper, Borreliose, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Sonstiges)

---

Wurde diese Erkrankung oder eine andere schon mit Antibiotika behandelt? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_ Welches Medikament? \_\_\_\_\_

Haben Sie Operationsnarben oder andere Narben?

---

Litten oder leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten oder Stirn- und/oder

Nasennebenhöhlenentzündungen? \_\_\_\_\_

---

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Tanten, Onkel usw. bereits vorgekommen?

(z.B. Krebs, Herzerkrankungen, Gefäßkrankheiten, Gicht, Zuckerkrankheiten/Diabetes, Schilddrüsenleiden, Asthma, Lungenerkrankungen, COPD, Rheuma, Muskelerkrankungen, Neurodermitis, Burn out, Alzheimer, Demenz, psychische Erkrankungen, Epilepsie, Tuberkulose, Bluthochdruck, Schlaganfall, Fettstoffwechselerkr., Steinerkrankungen, Allergien, Mukoviszidose, Fibromyalgie, Multiple Sklerose, Schuppenflechte/Psoriasis, Depressionen, Angststörungen, Geschlechtskrankheiten, ADAS, Sonstige)

Erkrankung	Verwandtschaftsgrad	Wie lange

Leiden Sie zur Zeit an den nachfolgend aufgelisteten Erkrankungen? (bitte ankreuzen)

- ☐ Herz- und Kreislaufbeschwerden
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Diabetes
- ☐ Fettstoffwechselstörung
- ☐ Gicht, erhöhte Harnsäure
- ☐ Lungenerkrankung/Asthma
- ☐ Chronische Bronchitis (COPD)
- ☐ Wirbelsäulenerkrankungen
- ☐ Arthrose/Gelenkerkrankungen
- ☐ Sehnenerkrankungen
- ☐ Galle, Leber, Hepatitis

- ☐ Niere, Harnapparat, Blase, Prostata
- ☐ Magen-Darm-Trakt
- ☐ Reizdarm,- magen
- ☐ Infektionskrankheiten
- ☐ Blutungsneigung
- ☐ Sonstige, bitte aufführen \_\_\_\_\_

**Welche Impfungen haben Sie bekommen?**

Tuberkulose, Kinderlähmung (Polio), Diphtherie, Tetanus, Hämophilus Influenza (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röttern, Cholera, Gelbfieber, Hepatitis, Pocken, Grippe, Humanes Papilloma Virus (HPV), FSME(Zecken), Sonstige

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

(Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderung, Übelkeit, Sehstörungen, ect.)

\_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein ? Inklusive Pille, Schmerz-, Schlaf- und Abführmittel.**

Medikament	Dosis	Seit wann?

Nehmen Sie Marcumar oder andere Blutverdünner ein ? ☐ Ja ☐ Nein

## FAMILIENANAMNESE

Name der Mutter \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Erkrankungen \_\_\_\_\_

Falls Ihre Mutter verstorben ist, wann ist sie verstorben? Was war die Todesursache?

\_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie in wenigen Worten Ihre Mutter und Ihre Beziehung zu ihr:

\_\_\_\_\_

Name des Vaters \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Erkrankungen \_\_\_\_\_

Falls Ihr Vater verstorben ist, wann ist er verstorben? Was war die Todesursache?

\_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie in wenigen Worten Ihren Vater und Ihre Beziehung zu ihm:

\_\_\_\_\_

Haben Sie einen Partner(in)? Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner(in)? (1-10) \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder? ☐ Ja ☐ Nein Wieviele? \_\_\_\_\_

Falls Sie Kinder haben, beschreiben Sie bitte Ihre Beziehung zu ihnen.

\_\_\_\_\_

Haben Sie Freunde, mit denen Sie sich austauschen können? \_\_\_\_\_

Wie oft treffen Sie sie ? \_\_\_\_\_

Welche Hobbys haben Sie? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Depressionen? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie unter bestimmten Ängsten oder Abneigungen? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Konzentrationsbeschwerden, Gedächtnisstörungen oder ähnlichem?

\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Zwänge? \_\_\_\_\_



Welche Nahrungsmittel essen Sie täglich?

(Fleisch, Käse, Milchprodukte, Süßigkeiten, Weißmehlprodukte, Kuchen, Eier, Zucker oder Sonstiges?)

---

---

Auf welche Nahrungsmittel können Sie nur schwer verzichten? \_\_\_\_\_

---

Ich habe Verlangen nach

- |                                  |                                |                                 |                                 |                                  |                                  |
|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> süß     | <input type="checkbox"/> sauer | <input type="checkbox"/> pikant | <input type="checkbox"/> bitter | <input type="checkbox"/> salzig  | <input type="checkbox"/> scharf  |
| <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Eier  | <input type="checkbox"/> Obst   | <input type="checkbox"/> Fett   | <input type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> Alkohol |

Bitte wählen Sie aus:

Ich esse gerne:

- ☐ kalt      ☐ heiss

Bitte wählen Sie aus:

- Ich esse:      ☐ sehr schnell      ☐ sehr langsam      ☐ drei Mal täglich
- ☐ zwischendurch      ☐ ständig      ☐ ohne Appetit

Ich esse die größte Mahlzeit zum

- ☐ Frühstück/Uhrzeit? \_\_\_\_\_ ☐ Mittag Uhrzeit? \_\_\_\_\_ ☐ Abendessen/Uhrzeit? \_\_\_\_\_

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

(z.B. Trennkost, vegetarisch, vegan usw.)

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Nahrungsmittel Allergien? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche?

---

Haben Sie Nahrungsmittel Unverträglichkeiten bemerkt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten wenn erforderlich mit meiner Hilfe zu verbessern? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

\_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_

Wie viel Liter Wasser trinken Sie täglich? \_\_\_\_\_

Was trinken Sie zusätzlich? \_\_\_\_\_

Wie viel Tassen Kaffee trinken Sie täglich und seit wann? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wieviel am Tag? \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie irgendwelche anderen substanzgebundene Drogen ? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und wie oft: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Sportarten?

\_\_\_\_\_

Wie oft ? (regelmäßig/unregelmäßig) \_\_\_\_\_

Haben Sie öfter kalte Hände / Füße? \_\_\_\_\_

Wie belastbar und leistungsfähig sind Sie ? (von 1 -10) \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Schlaf?

- ☐ Schlaflosigkeit
- ☐ häufiges Erwachen um.....Uhr?
- ☐ nächtliches Wasserlassen, wie oft?
- ☐ Schwierigkeiten beim Einschlafen?
- ☐ Unruhe in den Beinen?
- ☐ Sprechen im Schlaf?
- ☐ Nachtschweiß
- ☐ heiße Füße
- ☐ Zähneknirschen

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet? (Router schnurlose Telefone, elektrische Geräte, Wasserbett...)

---

Wie schlafen Sie? (Bauch-, Rückenlage, links, rechts, sitzend, zusammengerollt?)

---

Schwitzen Sie leicht? \_\_\_\_\_

Schwitzen Sie nachts? Falls ja, an welchem Körperteil: \_\_\_\_\_

Ist es kalter oder warmer Schweiß? \_\_\_\_\_

Frieren Sie schnell? Schon immer oder ab einem bestimmten Zeitpunkt?

---

Wurden Sie gestillt? \_\_\_\_\_

War Ihre Geburt eine natürliche? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

(Belastung m. Schimmelpilzen, Holzschutzmittel, Teppichboden?)

\_\_\_\_\_

Besuchen sie häufig den Zahnarzt?

\_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen schon entfernt? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Zahnmaterialien wurden vorherrschend verwendet?

☐ Amalgam ☐ Gold ☐ Titan ☐ Kunststoff ☐ Keramik

☐ Palladium

Abschliessend können Sie mir bitte in einigen Sätzen formulieren, was Sie von meiner Behandlung erwarten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort

Datum

Unterschrift