



Anamnesebogen für die ganzheitliche Behandlung

Name: _____ Geb.Datum: _____

Straße, Wohnort: _____

Telefon Privat: _____ Arbeit: _____ Handy: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Beruf: _____ Familienstand: _____ Anzahl Kinder: _____

Behandelnder Hausarzt: _____ Empfehlung durch: _____

Versicherung: Gesetzlich/Selbstzahler, Privat: _____ Privat Zusatzv.: _____ Beihilfe()

Liebe Patienten/innen:

Ich bitte Sie diesen Anamnesbogen in Ruhe und so ausführlich wie möglich auszufüllen. Diese Informationen erleichtern das Erstgespräch und sind für mich sehr wichtig, um eine ganzheitliche auf Sie abgestimmte Behandlung durchführen zu können. Soweit vorhanden bitte ich Sie, aktuelle Laborbefunde, Arztberichte, Befunde, Impfausweis und Ihre Medikamente, die Sie zur Zeit einnehmen zur Erstberatung mitzubringen!

Größe, aktuell: _____ Gewicht, aktuell: _____ Blutdruck: _____ Blutgruppe: _____

Welche Impfungen haben Sie als Kind und als Erwachsener erhalten? Reaktionen? (Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schwellungen; allergische Reaktionen, grippale Symptome)

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? (Parasitenbefall, Masern, Mumps, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Borreliose, Hepatitis, Tuberkulose, Ruhr, Malaria, Salmonellen, Pfeiffersches Drüsenfieber, Herpesinfektionen, Wurmerkrankungen, Gonorrhoe, Syphilis, andere)

Notieren Sie bitte kurz Ihre Ess- und Trinkgewohnheiten:

Morgens: _____

Mittags: _____

Zwischendurch: _____

Abends: _____

Zwischendurch: _____

Was und wie viel trinken Sie pro Tag? _____

Leben Sie vegetarisch/vegan? _____

Wie viel Zeit nehmen Sie sich für die einzelnen Mahlzeiten? _____

Wie empfinden Sie Ihr Hungergefühl und Durstempfinden? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie lange schon und wie viel am Tag? _____

Name: _____

Geb. Datum: _____

Trinken Sie Alkohol? (wie oft, wie viel und was?) _____

Verlangen nach sauer, salzig, süß, pikant, Fleisch, Fisch, Alkohol, Nikotin, anderes? _____

Abneigung gegen sauer, salzig, süß, pikant, Fleisch, Fisch, Alkohol, Nikotin, anderes? _____

Treiben Sie Sport? Welchen? _____

Was unternehmen Sie, um Ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen? _____

Haben Sie vom Orthopäden verschriebene Schuheinlagen? _____

Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein? _____

Sind Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Nahrungsmittel? (Milch, Fructose, Eiweiß, Weizen, Gluten, Lactose, Fructose u.a.)

Allergien gegen Gräser, Milben, Hausstaub, Blütenpollen, Tierhaare o.a.?

Arzneimittelunverträglichkeiten? _____

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? _____

Haben Sie eine Augenerkrankung? Grauer oder grüner Star, andere? _____

Haben Sie regelmäßig Stuhlgang? (Form, Farbe, Häufigkeit, Blähungen, Verstopfung, Durchfall) _____

Hatten Sie schon mal eine Darmspiegelung und wenn ja mit welchem Ergebnis? _____

Haben Sie schon einmal eine Darmreinigung durchgeführt? _____

Haben Sie schon einmal eine Leberreinigung durchgeführt? _____

Beschreiben Sie bitte kurz Ihre Schlafgewohnheiten: (wann gehen Sie ins Bett, wie lange schlafen Sie, haben Sie Ein- und Durchschlafstörungen, müssen Sie nachts auf die Toilette, wachen Sie erholt in der Früh auf?) _____

Leiden Sie an Depressionen oder unter Stress? _____

Nehmen Sie die Pille? Wenn ja, seit wann und welche? _____

Benutzen Sie alternative Verhütungsmethoden? _____

Hat der Beginn der Menopause eingesetzt? _____

Wann war Ihre letzte Periode? _____

Name: _____

Geb. Datum: _____

Wann waren Sie das letzte Mal beim Frauenarzt? Wie heißt Ihr Frauenarzt? _____

Wann haben Sie zuletzt eine Krebsvorsorge machen lassen? Darm? (Frauenarzt, Urologe?) _____

Sind bei Ihnen Myome, eine Endometriose oder Eierstockzysten (PCO-Syndrom) festgestellt worden? _____

Haben Sie Probleme mit wiederkehrenden Blasenentzündungen, Harninkontinenz oder Symptome einer Reizblase? _____

Wann haben Sie in der Vergangenheit Ihre Schilddrüse untersuchen lassen? (Ultraschall, Blutwerte) _____

Leiden Sie unter Diabetes? _____

Wann haben Sie das letzte Mal Antibiotika nehmen müssen? _____

Wenn ja, haben Sie Ihre Darmflora im Anschluss aufgebaut? z.B. mit Probiotika? _____

Schnarchen Sie während des Schlafens? Haben Sie während des Schlafes Atemaussetzer? _____

Bestehen Gewichtsprobleme? _____

Chronologie Ihrer Krankengeschichte (Soweit es Ihnen bekannt ist, erfassen Sie bitte alle bisherigen Erkrankungen und Operationen):

Leiden Sie unter chronischen Schmerzen, Kopf-, Nacken-, Schulter-, Rücken-, Knie- und Gelenkschmerzen? _____

Bitte beschreiben Sie kurz unter welchen Beschwerden Sie derzeit leiden, seit wann diese Beschwerden bestehen, die Art der Beschwerden und was bisher von Ärzten und Therapeuten dagegen unternommen worden ist. Medikamente und Therapien:

Name: _____

Geb. Datum: _____

Ist Ihr Zahnstatus vollständig? Haben Sie Amalgam oder andere Zahnfüllungen? Gold, Keramik oder Kunststoff? Fehlen Ihnen Zähne?

Haben Sie Zahnerstanz? (Kronen, Brücken, Prothesen?) Wenn ja, seit wann? _____

Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung? _____

Wie oft am Tag putzen Sie Ihre Zähne? _____

Wie putzen Sie Ihre Zähne? (elektrische Zahnbürste, manuell oder beides? Zahnpasta mit oder ohne Fluorid? Putzen Sie ihre Zunge?)

Haben Sie metallischen oder ungewohnten Geschmack im Mund? _____

Leiden Sie an Parodontitis? _____

Leiden Sie an Schleimhautrekrankungen im Mund? Gibt es hier Auffälligkeiten? _____

Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen? _____

Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? _____

Haben Sie eine Schiene für die Nacht? _____

DANKE FÜR IHRE MÜHE!