



## Anamnesebogen

Dieser Bogen dient der ganzheitlichen Erfassung Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte und aktuellen Lebenslage. Ihre Angaben helfen mir, Sie individuell, sorgfältig und seelisch eingebettet zu begleiten. Selbstverständlich werden alle Informationen streng vertraulich behandelt.

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_ Empfehlung durch: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

Versicherung:    ☐ gesetzlich    ☐ Beihilfe/Post    ☐ Privat    ☐ Zusatzversicherung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

### Unter welchen Beschwerden leiden Sie momentan?

- ☐ Schmerzen                      ☐ Erschöpfung                      ☐ Hautprobleme                      ☐ Ängste  
☐ Depressionen                      ☐ Verdauungsprobleme    ☐ Hormon. Beschwerden    ☐ Infektanfälligkeit  
☐ Autoimmunkrankheiten,                      welche \_\_\_\_\_  
☐ Allergien,                      welche \_\_\_\_\_  
☐ Nahrungsmittelunverträglichkeit, welche \_\_\_\_\_  
☐ weitere, \_\_\_\_\_

Wann begannen die Beschwerden?

\_\_\_\_\_

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden?  
(Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Medikamente)

\_\_\_\_\_

### Welche Krankheiten gibt es in der Familie?

(z.B. Krebs, Tuberkulose, Allergien, Herzkrankheiten, Asthma, Diabetes, Rheuma, Geschlechtskrankheiten, Migräne, Gicht, Gallensteine, Nierensteine, Thrombose, Schuppenflechte, Neurodermitis usw.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Impfungen und Auffrischimpfungen haben Sie bekommen?**

Tetanus Polio (Kinderlähmung) Diphtherie Masern Mumps Pocken Hepatitis  
Tuberkulose Grippe Cholera Gelbfieber sonstige

**Gab es Impfreaktionen?**

Fieber Krämpfe Allergien Hautausschläge Unruhe Schlaflosigkeit Verhaltensveränd.

**Corona- Impfungen:** Präparat(e): ☐ AstraZeneca ☐ Biontech ☐ Johnson&Johnson

Anzahl der Dosen: \_\_\_\_\_

Nebenwirkungen: ☐ Ja ☐ Nein

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

Anhaltende Beschwerden seit der Impfung \_\_\_\_\_

**Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchlebt?**

Mumps Masern Windpocken Scharlach Röteln Keuchhusten Diphtherie

**Hatten Sie Unfälle?** Wenn ja, wann, welche?

**Zähne:**

Zahnfüllungen: ☐ Amalgam ☐ Kunststoff ☐ Gold ☐ Keramik

Wurde bei Ihnen Amalgam entfernt? ☐ ja ☐ nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

wurzelgefüllte Zähne ☐ ja ☐ nein Brücken ☐ ja ☐ nein

fehlende Zähne \_\_\_\_\_ Prothese \_\_\_\_\_ Zahnfleischtaschen ☐ ja ☐ nein

Weißheitszähne \_\_\_\_\_ Paradontose \_\_\_\_\_ Zahnfleischbluten ☐ ja ☐ nein

**Haben Sie Narben?** Wo?

**Harn:**

viel wenig häufig nachts kann nicht halten riecht nach \_\_\_\_\_

**Stuhl:**

täglich jeden 2., 3., 4. Tag unregelmäßig riecht nach \_\_\_\_\_

Neigung zu Verstopfung Neigung zu Durchfall

Stuhl ist hell dunkel übelriechend hart knollig weich schmierig pastenartig

kann nicht halten Gefühl nicht fertig zu werden Stuhlgang ist wechselhaft

**Schwitzen** viel wenig gar nicht

**Trinken** Trinkmenge in Liter/Tag \_\_\_\_\_

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

**Ernährung**

(Fleisch, Süßigkeiten, Alkohol, Nikotin?) \_\_\_\_\_

Regelmäßige Mahlzeiten? Wann, Umfang?

---

---

**Treiben Sie regelmäßig Sport?**    ☐ ja    ☐ nein

wenn ja, welche Art und wie häufig?

---

**Welche Medikamente nehmen Sie?** Auch Nahrungsergänzung!

---

---

**Nehmen Sie Psychopharmaka?** Wenn ja, welche und seit wann?

---

**Waren Sie schon mal beim Heilpraktiker?**    ☐ ja    ☐ nein

**Was gibt es für bestehende Diagnosen und Voruntersuchungen?**

(Bitte vorhandene Unterlagen dazu mitbringen)

---

---

**Bisherige Therapien:**

---

---

**Leiden Sie unter Schlafstörungen?** Wenn ja,    Einschlaf-,    Durchschlafstörungen,    beides?

**Operationen:** Was und wann?

---

---

**Haben Sie etwas Traumatisches erlebt?** Wenn ja, was und wann?

---

---

---

**Wie war ihre eigene Geburt?** Gab es Besonderheiten?

---

**für Männer:** bestehen Probleme mit der **Prostata**?    ☐ ja    ☐ nein    PSA-Wert \_\_\_\_\_

**für Frauen: Gynäkologie:**

wann war die erste Regel \_\_\_\_\_    wann die letzte \_\_\_\_\_

Beschwerden vor - während - nach der Regel? Welche?

---

---

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Wenn ja, welche?

---

Klimakterische Beschwerden?

---

Wie viele **Kinder** haben Sie? \_\_\_\_\_

Gab es Probleme bei den Geburten? Wenn ja, welche? (z.B. Kaiserschnitt, Saugglocke usw.)

---

---

Hatten Sie Fehlgeburten, Totgeburten, Abtreibungen?

---

Leiden Sie unter Ausfluss, Eierstockentzündungen, Zysten, Myomen, usw.?

---

Notizen:

---

---

---

---

---

Datum

Unterschrift