



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): AstraZeneka 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 regelmä 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, Eierstockenzündungen, Zysten, Myomen, usw.?

Notizen:

Datum

Unterschrift