

Anamnesebogen

Liebe Patienten,

in der Naturheilkunde ist eine gründliche Befundung von großer Bedeutung. Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, um so besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken mir diesen, nach Möglichkeit vor dem ersten Termin, per Mail oder auch per Post zu.

Vielen Dank!

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Beruf: _____

Email: _____

1. Ihre aktuellen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu mir?

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden, z.B. Erkrankungen, Unfälle, Traumata, „falsche Bewegung“, Medikamente, Impfungen, etc.?

3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:

☐ Masern ☐ Röteln ☐ Mumps ☐ Scharlach ☐ Windpocken

4. Welche Operationen wurden vorgenommen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

☐ Blinddarm ☐ Mandeln ☐ Sonstiges:

5. Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:

☐ Heuschnupfen ☐ Penicillin ☐ Pollen ☐ Metalle ☐ Tierhaare

☐ Lidocain ☐ Milben ☐ Hausstaub

☐ Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin) ☐ Nahrungsmittel, bitte nennen:

☐ Sonstige Allergien, bitte nennen:_____

6. Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen:

☐ Bluthochdruck ☐ Herzinfarkt ☐ Erbkrankheiten ☐ Diabetes

☐ Asthma ☐ Krebs ☐ Sonstige

7. Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

Anzahl Schwangerschaften:_____

Anzahl Geburten:_____

Einnahme der Pille: ☐ ja ☐ nein

Monatsblutung: ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig

Menopause:_____

8. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

9. Zu Ihrer Person

Größe: _____

Körpergewicht: _____

Treiben Sie regelmäßigen Sport, wenn ja, welchen?

Wie viel trinken Sie pro Tag und was?

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag?

Anzahl Zigaretten am Tag: _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, was und wieviel?

Haben Sie derzeit Stress?

Wie ist ihr Schlafverhalten? (Ein-, Durchschlafen)

10. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

- ☐ Bluthochdruck ☐ Tumorerkrankung ☐ Rheuma
- ☐ Depression ☐ Lebererkrankung ☐ Diabetes
- ☐ Nierenerkrankung ☐ Asthma ☐ Gicht
- ☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Magenerkrankung
- ☐ Hautkrankheit ☐ Herzerkrankungen
- ☐ Fettstoffwechselstörung ☐ Gallensteine
- ☐ Sonstige Erkrankungen (chronisch)

11. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? Ggf. mitbringen.
