

Fragebogen zur Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
in der Naturheilkunde ist eine gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung.
Aus diesem Grund bin ich auf Ihre Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Angaben sind,
desto besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und einstellen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt
und dienen einer optimalen Behandlung. **Weitere wichtige Fragen zur Anamnese werden wir im persönlichen Gespräch gemeinsam klären.**

Persönliche Angaben	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Priv: Mobil:
Email:	
Familienstand:	
Beruf:	
Größe, Gewicht, Blutgruppe:	Größe: Gewicht: Blutgruppe: ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ 0
Versicherungsstatus:	☐ Gesetzlich ☐ Privat ☐ Privat Zusatz ☐ Beihilfe
Versicher.gesellschaft:	

Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu mir?

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? (z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Medikamente, Impfungen o.ä.)

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen und wie war der Erfolg?	
Behandlung:	Erfolg:

Hatten Sie bereits Operationen und haben Sie Narben?	
Operation / Narben:	Narben Ja/nein

Welche Kinderkrankheiten oder Infektionskrankheiten hatten Sie?
☐ Masern ☐ Röteln ☐ Windpocken ☐ Mumps ☐ Scharlach ☐ Keuchhusten ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber (Epstein-Barr-Virus) ☐ Malaria ☐ Borreliose ☐ Herpes ☐ sonstige:
Wann war Ihre letzte Antibiotika-Behandlung und wogegen?

Welche Impfungen hatten Sie?
☐ Masern ☐ Röteln ☐ Windpocken ☐ Mumps ☐ Tetanus ☐ Keuchhusten ☐ FSME ☐ Tollwut ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ Diphtherie ☐ Kinderlähmung ☐ HIB ☐ Meningokokken ☐ Pneumokokken ☐ Cholera ☐ Gelbfieber ☐ Typhus ☐ Tuberkulose ☐ Human Papillomavirus (HPV) ☐ sonstige: ☐ Covid19: wann? _____ Impfstoff: _____
Gab es Reaktionen auf Impfungen und falls ja, welche:

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie derzeit ein?

Familienvorgeschichte (nur Eltern und Geschwister), bitte ankreuzen:

- ☐ Bluthochdruck ☐ Asthma ☐ Herzinfarkt ☐ Diabetes ☐ Krebs
☐ Lungenerkrankungen ☐ Fettstoffwechselstörungen ☐ Psychische Erkrankungen
☐ Allergien ☐ Multiple Sklerose ☐ Schlaganfall
☐ Sonstige:

Leiden Sie unter:

- ☐ Bluthochdruck ☐ Herz-Kreislauferkrankungen
☐ Rheuma ☐ Arthrose ☐ Arthritis ☐ Fibromyalgie
☐ Leberbelastungen ☐ Gallenprobleme, Gallensteine ☐ Nierensteine
☐ Haut-, Nagelproblemen ☐ Haarausfall ☐ Psoriasis ☐ Schlechte Wundheilung
☐ Diabetes Typ I ☐ Diabetes Typ II ☐ Gicht ☐ Übergewicht ☐ Hohe Cholesterinwerte
☐ Kopfschmerzen ☐ Migräne ☐ Sehprobleme
☐ Krebs, Krebsnachsorge ☐ Osteoporose
☐ Psychische Erkrankungen/ Depression ☐ Ängste, Panik
☐ Allergien ☐ Heuschnupfen ☐ Asthma ☐ Neurodermitis
☐ Multiple Sklerose ☐ Verspannungen ☐ Schmerzen: _____
☐ Schilddrüsenüberfunktion ☐ SD-Unterfunktion ☐ Hashimoto ☐ Basedow ☐ SD-Knoten
☐ Wurzelbehandelte Zähne ☐ Amalgamfüllungen
☐ Häufige Blasenentzündungen ☐ Häufige Nebenhöhlen- oder Mittelohr-Entzündungen
☐ Zysten, Myome ☐ Endometriose ☐ Starke PMS-Beschwerden
☐ Sonstige:

War Ihre Geburt eine natürliche?

☐ nein☐ ja

Wurden Sie gestillt?

☐ nein☐ ja**Allgemeine Lebensführung & Psyche:**

Trinken Sie Alkohol?

☐ nein☐ ja → Menge:

Rauchen Sie?

☐ nein☐ ja → Menge:

Konsumieren Sie Drogen? → welche?

☐ nein☐ ja → Menge:

Haben Sie in letzter Zeit Gewicht verloren?

☐ nein☐ ja

Treiben Sie regelmäßig Sport?

☐ nein☐ ja → welchen?
→ wie oft

Ist Ihr Schlaf erholsam?

☐ nein☐ ja

Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafstörungen?

☐ nein☐ ja

Zu welcher Uhrzeit werden Sie dann wach?

Schwitzen Sie nachts?

☐ nein☐ ja

Leiden sie häufig unter Erkältungskrankheiten/ grippalen Infekten (mehr als 2 x pro Jahr)?	☐ nein	☐ ja → wie oft?
Fühlen Sie sich müde und erschöpft?	☐ nein	☐ ja
Leiden Sie unter mangelnder Konzentration?	☐ nein	☐ ja
Fühlen Sie sich vermehrt reizbar?	☐ nein	☐ ja
Haben Sie erhöhte berufliche Belastungen	☐ nein	☐ ja
Fühlen Sie sich insgesamt weniger belastbar?	☐ nein	☐ ja
Familiäre Situation:		
Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern und Geschwistern?		
Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrer Partnerin/ Ihrem Partner?		
Sind Sie glücklich?		
Haben Sie Kinder?		
Sind Sie aktuell schwanger?		
Wie verhüten Sie?		
Sonstige Faktoren:		
Haben Sie Haustiere?	☐ nein	☐ ja
Waren Sie beruflich oder privat in Afrika oder Asien?	☐ nein	☐ ja

Welche Allergien liegen bei Ihnen vor?				
☐ Heuschnupfen	☐ Asthma	☐ Hausstaub	☐ Tierhaare	☐ Metalle
☐ Penicillin	☐ Lidocain	☐ and. Medikamente:		
☐ Sonstige Allergien:				
Welche Unverträglichkeiten gegen Nahrungsmittel liegen vor?				
☐ Fructose (Obst, Säfte, Limonade)	☐ Laktose (Milchprodukte)			
☐ Gluten (Getreide)	☐ Histamin	☐ Zuckeraustauschstoffe (Sorbit, Aspartam, Xylit)		
☐ sonstige:				
Welche Störungen/ Reaktionen stellen Sie nach Genuss fest?				
☐ Sodbrennen	☐ Verdauungsstörung	☐ Kopfschmerzen	☐ Hauterscheinungen	
☐ sonstige:				
Ernährung: Wie häufig verzehren Sie folgende Nahrungsmittel?				
	nie	gelegent- lich	täglich	mehrmals täglich
Frische Salate	☐	☐	☐	☐
Obst (als Rohkost), frisch gepresste Obstsäfte	☐	☐	☐	☐

Gemüse (als Rohkost), frische Gemüsesäfte	☐	☐	☐	☐
Gemüse (gekocht, gebraten, gedünstet o.ä.)	☐	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐	☐
Nüsse	☐	☐	☐	☐
Hülsenfrüchte	☐	☐	☐	☐
Pilze	☐	☐	☐	☐
Joghurt, Frischmilchprodukte, Käse	☐	☐	☐	☐
Fisch	☐	☐	☐	☐
Fleisch	☐	☐	☐	☐
Getreideprodukte aus Weißmehl (Brot, Brötchen u.ä.)	☐	☐	☐	☐
Vollkornprodukte	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten, Kuchen	☐	☐	☐	☐
Fertig-Gerichte (aus Dosen, Tüten, sonst. Packungen)	☐	☐	☐	☐
Fast-Food (Mahlzeiten im Vorübergehen), Fettes, Frittiertes	☐	☐	☐	☐
Leben Sie nach best. Ernährungsrichtlinien (vegan, vegetarisch,...)?				
Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?				
Trinkverhalten:				
Wie viele Liter Wasser trinken Sie täglich?				
Was trinken Sie ansonsten noch täglich (Kaffee, Tee, Softdrinks,...)				

Bauchbereich/ Verdauung:				
Wurde bei Ihnen schon eine Darmspiegelung durchgeführt?	☐ ja	☐ nein		
Wenn JA: wann und mit welchem Befund? ☐ Divertikel ☐ Tumor ☐ Polypen ☐ Reizdarm				
<i>Welche der folgenden Beschwerden treten bei Ihnen auf und wie häufig sind diese?</i>				
	nie	selten	häufig	immer
Bauchschmerzen	☐	☐	☐	☐
Wo sind die Bauchschmerzen lokalisiert?				
Magengeräusche (Grummeln im Magen)	☐	☐	☐	☐
Darmgeräusche (Darmkollern, Gluckern)	☐	☐	☐	☐
Beschwerden während oder nach dem Essen	☐	☐	☐	☐
Übelkeit oder Erbrechen	☐	☐	☐	☐
Sodbrennen	☐	☐	☐	☐

Völlegefühl (im Oberbauch/ in der Magengegend)	☐	☐	☐	☐
Völlegefühl (im Unterbauch/ in der Nebelgegend)	☐	☐	☐	☐
Gefühl eines aufgetriebenen Bauchs („wie im 5. Monat schwanger“)	☐	☐	☐	☐
Appetitlosigkeit	☐	☐	☐	☐
Aufstoßen	☐	☐	☐	☐
Durchfall	☐	☐	☐	☐
Verstopfung	☐	☐	☐	☐
Beschwerden beim Absetzen des Stuhles (Schmerzen, Blut- Auflagerungen)	☐	☐	☐	☐
Blähungen, verstärkter Abgang von Winden	☐	☐	☐	☐
Wie ist Ihr Stuhlgang-Intervall?	☐ täglich ☐ seltener			
Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen?	☐ ja		☐ nein	
Haben oder hatten Sie Gallensteine/ Koliken oder Leberentzündung?	☐ ja		☐ nein	
Haben Sie Entzündungen wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa	☐ ja		☐ nein	
Haben Sie Hämorrhoiden?	☐ ja		☐ nein	
Haben Sie eine Gastritis oder ein Magengeschwür?	☐ ja		☐ nein	
Wenn JA: welche Form? ☐ Typ A ☐ Typ B ☐ Typ C				

Ihr Behandlungsziel/ Wünsche an die Behandlung: