

ANAMNESEBOGEN

Datum:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Wohnort

Telefon

E-Mail

Beruf

Familienstand

Kinder

Zusatzversicherung für Heilpraktiker

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welcher Art / welche Versicherung?

Was führt Sie aktuell hierher? Was belastet Sie am meisten?

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?	Dosierung

Blutdruck (falls bekannt)	
----------------------------------	--

Vorerkrankungen / Operationen

Sind familiäre Erkrankungen (bei Eltern, Großeltern, Geschwistern etc.) bekannt? (z.B. Krebs, Bluthochdruck, Herz-Kreislaufkrankungen, Allergien)

Erkrankung	bei wem?

Persönliches und berufliches Umfeld

Haben Sie eine stabile Partnerschaft?	☐ ja ☐ nein
Fühlen Sie sich in Ihrer Familie wohl / aufgenommen?	☐ ja ☐ nein
Haben Sie Freunde, mit denen Sie reden können?	☐ ja ☐ nein
Wie sind Ihre Wohnverhältnisse? Fühlen Sie sich zuhause wohl?	

Sind Sie am Arbeitsplatz starken Belastungen ausgesetzt (z.B. Mobbing, starke psychische oder körperliche Belastung, Schichtdienste etc.)?	☐ ja ☐ nein
Sind Sie beruflich oder privat regelmäßig Schadstoffen ausgesetzt (z.B. Dämpfe, Schwermetalle, Strahlungen, Amalgam etc.)	☐ ja ☐ nein
Haben Sie große Sorgen / Ängste?	☐ ja ☐ nein
Bestimmte Therapien beinhalten invasive Therapieverfahren (Spritzen). Stimmen Sie dieser Therapie, ggf. nach Aufzeigen von Alternativen, zu?	☐ ja ☐ nein

Lebensführung

Essen Sie täglich Obst und Gemüse?	☐ ja ☐ nein
Essen Sie täglich Fleisch / Wurst?	☐ ja ☐ nein
Essen / Trinken Sie viel Süßes?	☐ ja ☐ nein
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? - Wenn ja, wie viel ca. täglich? - Welche Art von Alkohol?	☐ ja ☐ nein
Rauchen Sie? - Wenn ja, wie viel täglich? - Seit wann?	☐ ja ☐ nein
Ist Ihr Schlaf erholsam? Schlafdauer ca.Std.	☐ ja ☐ nein
Leiden Sie an Einschlaf- oder Durchschlafstörungen? - Wenn ja, wie lange liegen Sie wach?	☐ ja ☐ nein
Haben Sie in letzter Zeit - auffallend Gewicht verloren? - auffallend zugenommen?	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
Haben Sie auffallend viel Durst?	☐ ja ☐ nein
Haben Sie derzeit / immer wieder Fieber?	☐ ja ☐ nein
Sind Sie nervös?	☐ ja ☐ nein
Haben Sie psychische Probleme?	☐ ja ☐ nein

Allergien

Medikamente - Wenn ja, welche?	☐ ja ☐ nein
Blütenpollen - Wenn ja, welche?	☐ ja ☐ nein
Hausstauballergie	☐ ja ☐ nein
Tiere / Tierhaare	☐ ja ☐ nein
Sonstige	

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Laktose (Milchzucker)	☐ ja ☐ nein
Gluten (Zöliakie / Sprue)	☐ ja ☐ nein
Nüsse	☐ ja ☐ nein
Hühnereiweiß	☐ ja ☐ nein
Fischeiweiß	☐ ja ☐ nein
Milcheiweiß	☐ ja ☐ nein
Sonstige	

Kopf

Schwindel	☐ ja ☐ nein
Ohnmachtsanfälle	☐ ja ☐ nein
Epileptische Anfälle	☐ ja ☐ nein
Kopfschmerzen - Wenn ja, wie häufig? - Hinterhaupt / Vorderhaupt / Gesicht - Nacken - Einseitig / beidseitig	☐ ja ☐ nein
Augenprobleme - Wenn ja, welcher Art?	☐ ja ☐ nein
Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)?	☐ ja ☐ nein
Hörprobleme	☐ ja ☐ nein
Ohrschmerzen	☐ ja ☐ nein

Ausfluß aus dem Ohr	☐ ja	☐ nein
Haben Sie häufig oder lange Schnupfen?	☐ ja	☐ nein
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?	☐ ja	☐ nein
Häufiges Nasenbluten	☐ ja	☐ nein
Nebenhöhlenvereiterung (Sinusitis)	☐ ja	☐ nein
Zahn- / Wurzelprobleme	☐ ja	☐ nein
Haarausfall	☐ ja	☐ nein
Auffälligkeiten im Gesicht	☐ ja	☐ nein

Hals

Halsschmerzen - Wenn ja, seit wann?	☐ ja	☐ nein
Halsentzündung / Angina	☐ ja	☐ nein
Schmerzen beim Schlucken - Wenn ja, seit wann?	☐ ja	☐ nein
Kloßgefühl im Hals	☐ ja	☐ nein
Gefühl, daß Speisen im Hals stecken bleiben	☐ ja	☐ nein
Heiserkeit - Wenn ja, seit wann?	☐ ja	☐ nein
Vergrößerung der Schilddrüse	☐ ja	☐ nein

Brust

Husten - Wenn ja, seit wann?	☐ ja	☐ nein
Auswurf Wenn ja, wie sieht er aus (blutig, eitrig, schleimig)?	☐ ja	☐ nein
Atemnot - bei Belastung	☐ ja	☐ nein
- in Ruhe	☐ ja	☐ nein
Asthma bronchiale	☐ ja	☐ nein
Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgend - wenn ja, wie häufig / wann?	☐ ja	☐ nein
Angina pectoris-Anfälle - wenn ja, wie häufig / wann?	☐ ja	☐ nein

Herzjagen - wenn ja, wie häufig / wann?	☐ ja ☐ nein
Herzstolpern / Herzrhythmusstörungen - wenn ja, wie häufig / wann?	☐ ja ☐ nein
Rückenschmerzen - wenn ja, wo?	☐ ja ☐ nein

Bauch

Bauchschmerzen - Wenn ja, wo?	☐ ja ☐ nein
Beschwerden / Schmerzen während des Essens	☐ ja ☐ nein
Beschwerden / Schmerzen vor / nach dem Essen	☐ ja ☐ nein
Sodbrennen - Wenn ja, wann oder wie häufig?	☐ ja ☐ nein
Unverträglichkeit von - Fleisch - Fettigen Speisen - Scharfe Speisen - Sonstige	☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein
Übelkeit - Wenn ja, wann oder wie häufig?	☐ ja ☐ nein
Erbrechen - Wenn ja, wann oder wie häufig?	☐ ja ☐ nein
Verstopfung - Wenn ja, wie häufig?	☐ ja ☐ nein
Durchfall - Wenn ja, wie häufig?	☐ ja ☐ nein
Blut im / auf Stuhl	☐ ja ☐ nein
Stuhlveränderungen (Farbe, Geruch, Menge, Beschaffenheit)	☐ ja ☐ nein
Sonstige	

Arme / Hände

Geschwollene Gelenke - Wenn ja, wie häufig?	☐ ja	☐ nein
Schmerzhafte Gelenke - Wenn ja, wie häufig?	☐ ja	☐ nein
Gelenksveränderungen	☐ ja	☐ nein
Schlafen Ihnen (z.B. nachts) die Hände ein?	☐ ja	☐ nein
Durchblutungsstörungen der Hände	☐ ja	☐ nein
Zittern Ihre Hände manchmal?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie manchmal Gefühlsstörungen in Armen/Händen (Kribbeln, Taubheitsgefühl)?	☐ ja	☐ nein
Sehnenscheidenentzündung	☐ ja	☐ nein
Veränderungen der Handinnenflächen (Knoten etc.)	☐ ja	☐ nein

Beine / Füße

Krampfadern	☐ ja	☐ nein
Wadenkrämpfe (v.a. nachts)	☐ ja	☐ nein
Schmerzen in Beinen / Füßen - Wenn ja, wann / wie häufig?	☐ ja	☐ nein
Müssen Sie beim Gehen schmerzbedingt stehenbleiben? - Wenn ja, nach welcher Strecke?	☐ ja	☐ nein
Geschwollene Beine / Füße / Knöchel - Wenn ja, wann / wie häufig?	☐ ja	☐ nein
Schmerzen in der Hüfte, im Knie, Fußgelenken - Wenn ja, wann / wie häufig?	☐ ja	☐ nein
Gefühlsstörungen in Beinen / Füßen (Taubheit, Kribbeln) - Wenn ja, wie häufig?	☐ ja	☐ nein

Haut

Hautausschläge - Wenn ja, welcher Art? (z.B. eitrig, rot, juckend, Blasen, Pickel, Pusteln, Schorf) - Wo?	☐ ja ☐ nein
Hautjucken - Wenn ja, wo?	☐ ja ☐ nein
Schlechte Wundheilung	☐ ja ☐ nein
Häufig blaue Flecken	☐ ja ☐ nein
Sonstige	

Niere / Harnblase / Geschlechtsorgane

Schmerzen in der Nierengegend	☐ ja ☐ nein
Schmerzen beim Wasserlassen	☐ ja ☐ nein
Vermehrtes Wasserlassen	☐ ja ☐ nein
Vermindertes / erschwertes Wasserlassen	☐ ja ☐ nein
Probleme, Wasser zu halten	☐ ja ☐ nein
Nächtliches Wasserlassen	☐ ja ☐ nein
(Blutiger) Ausfluss aus der Harnröhre	☐ ja ☐ nein
Veränderung von Farbe / Geruch des Urins	☐ ja ☐ nein

Gynäkologie

Wann war die erste Regelblutung?	
Wann war die letzte Regelblutung?	
Zyklusdauer (Tage)	
Blutungsstärke (schwach, normal, stark, sehr stark)	
Beschwerden im Zusammenhang mit Regelblutung	
Ausfluss	
Beschwerden im Bereich der Brüste	