

Liebe/r Patient/in, mailen Sie mir den Anamnesebogen gern vor unserem Termin zu. So können wir die Zeit vor Ort sehr viel effektiver nutzen.

Vorname _____ Name _____

Geburtstag _____ Tel. _____ E-Mail _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Beruf _____ Familienstand _____ Kinder _____

aktuelles Körpergewicht.....Körpergröße..... Blutgruppe.....

Trinken Sie Alkohol? regelmäßig gelegentlich selten nein

Rauchen Sie? regelmäßig gelegentlich selten nein

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrictlinien?

Allgemeine Angaben:

Erkrankungen/Infektanfälligkeit/psychische Verfassung

Ärztliche/psychische Behandlung

Sport/Meditation/Yoga/Hobbies

Drei Meilensteine in Ihrem Leben

Erschütternde/traumatische Erfahrungen

.....
.....

Größte Herausforderung im letzten Jahr

.....
.....

Größte Herausforderung heute.....

.....
.....

Stärken

.....
.....

Wünsche/Ziele: Körperlich / psychisch / beruflich / sozial.....

.....
.....

Schlaf

Schlafzeit: übliches zu Bett gehen übliches Aufstehen.....

o Schlaflosigkeit.....

o häufiges Erwachen (Uhrzeit).

o Schwierigkeiten beim Einschlafen.....

o Sprechen im Schlaf.....

o Unruhe in den Beinen.....

o Nachtschweiß.....

o heiße Füße.....

o Zähneknirschen

.....

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

.....
.....

Welche Impfungen haben Sie bekommen? z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis , Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

.....
.....

Gab es Reaktionen auf Impfungen? z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen

.....
.....

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, usw.

.....

Gibt es Allergien? Seit wann?.....

.....
.....

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Falls ja, häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig - links - rechts - doppelseitig

.....

Haare

Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, trockene Haare, schnell fettende Haare, seit wann.....

.....

Augen

Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makuladegeneration

.....

.....

Ohren

links / rechtsTinnitus seit..... Schwerhörigkeit seitandere.....

.....

Zähne/ Kiefer

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? O Ja O Nein.....

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? O Ja O Nein

Zahnfüllmaterialien O Amalgam O Kunststoff O Gold O Keramik

.....

Nase

Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung

.....

Mandeln

Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

Schilddrüse

Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation.....

.....

.....

Herz

Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Blutdruck.....

.....

.....

Gefäßsystem (Arteriosklerose, venöse Insuffizienz etc.).....

.....

.....

Bauchspeicheldrüse.....

Diabetes Ja o Nein o Medikamente Ja o Nein o

.....

Lunge

Husten, Auswurf, Farbe, Häufigkeit, Dauer, wiederkehrend, Atemnot, Kurzatmigkeit, atemab-hängige Schmerzen

.....
.....

Bauchraum

Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit, Völlegefühl, Appetitlosigkeit,

.....
.....

Stuhlgang:

täglich jeden 2.3.4. Tag unregelmäßig Neigung zu Verstopfung Neigung zu Durchfal

.....
.....

Konsistenz: schnittfest Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl, nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

.....
.....

Geruchausprägung:.....

.....

Gynäkologie

- Ausfluss
- Eierstockentzündungen
- Ausschabungen.....
- Fehlgeburten.....
- Tumore.....
- Zysten.....
- Myome.....
- Geschlechtskrankheiten
- Anderes

Wann war die erste Menstruation.....wann die letzte.....

Beschwerden vor - nach - während der Regel / Klimakterische Beschwerden.....

.....

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Ja nein Welche.....

Prostata

- vergrößert.....
- Entzündungen.....
- Beschwerden beim Wasserlassen.....

Niere/Blase

- Nierensteine.....
- Entzündungen.....
- Geruch Urin.....

Leber

Gallenblase – Operationen Ja Nein

Blutwerte > wenn aktuelle Ergebnisse vorliegen, gern einreichen!

Rücken

Beweglichkeit, Verspannungen, Schmerzen, Belastungen,

Arme

Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände usw.

Beine

Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl

Haut/Nägel

- o Verbrennungen.....
- o Geschwüre.....
- o Hautjucken.....
- o Warzen.....
- o Pilze.....
- o eingewachsene Nägel.....
- o Nagelbettentzündungen.....
- o Narben

.....

Schmerzen

Wo treten Schmerzen auf?

.....

.....

.....

Auf einer Schmerzskala von 1-10, wie stark ist der Schmerz?

Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

.....

Wie oft haben Sie die Schmerzen? Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

.....

Was verschlechtert den Schmerz? Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Tageszeit, Wetterlage, Monatsblutung

.....

Welche Ereignisse verbessern? Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub

.....

Wie ist das Schmerzempfinden? Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend, Kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend.....

.....

Andere Symptome zum Schmerz

Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, Sonstiges

.....

Schmerzbehandlung bisher.....

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen.

Nahrungsergänzungsmittel/Einheiten

Vitamin-A.....

Vitamin-B.....

Vitamin-C.....

Vitamin-D.....

Vitamin-E.....

Vitamin-K.....

Magnesium.....

Kalium.....

Kalzium.....

Andere.....

Chronologie der Krankengeschichte. Erkrankungen und Operationen die durch die bisherigen Fragen nicht erfasst wurden, bitte mit Zeitpunkt angeben:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister. z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetes, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

.....
.....
.....