

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,
in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung.
Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für
Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus. Vielen Dank!

Name: _____

Geburtsdatum: _____

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

=> wenn der Platz nicht ausreicht bitte auf einem extra Blatt ergänzen

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden?

Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

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

Masern Röteln Windpocken Mumps Scharlach

4. Welche Operationen und wann? Zutreffendes bitte ankreuzen:

Blinddarm _____
 Mandeln _____
 Sonstiges _____

5. Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:

Heuschnupfen Tierhaare Hausstaub
 Penicillin Lidocain Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin)
 Pollen Milben
 Metalle _____
 Nahrungsmittelallergie bitte nennen: _____
 Sonstige Allergien, bitte nennen: _____

6. Gibt es Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen:

- Banane Erdbeeren Wein Bier langgereifter Käse Hefe
- Laktoseintoleranz, seit wann _____ durch Atemtest betätigt: ja / nein
- Fruktoseintoleranz, seit wann _____ durch Atemtest betätigt: ja / nein
- Sorbit Intoleranz, seit wann _____ durch Atemtest betätigt: ja / nein
- Histaminintoleranz, seit wann _____

7. Zu Ihrer Person

Größe: _____ m Körpergewicht: _____ kg Anzahl Zigaretten/Tag: _____

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie?

Wogegen sind Sie geimpft? _____

- Grippeimpfung, wann _____
- _____

Was und wieviel trinken Sie pro Tag? (Wasser/Kaffee/Alkohol/Cola/Eistee...)

Was essen Sie am liebsten?

Ess-Typ: Mischkost Vegetarier Veganer _____

Welche Abneigung haben Sie gegen Nahrungsmittel?

Haben Sie derzeit Stress? _____

Was machen Sie Beruflich? _____

Wie ist ihr Schlafverhalten? (Ein-, Durchschlafen)

⇒ **Für Patientinnen**, bitte ausfüllen:

Anzahl Schwangerschaften: _____ Anzahl Geburten: _____

Einnahme der Pille ja nein,

sonstige Verhütungsmittel: Hormonspirale, ect ? _____

Monatsblutung regelmäßig unregelmäßig schmerzhaft

Zykluslänge: _____ Tage,

wenn in Menopause: wann war ca die letzte Monatsblutung _____

oder seit wann sind Sie in der Menopause? _____

8. Welche Risikofaktoren oder Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

- Untergewicht Übergewicht
- Bluthochdruck
- Diabetes Typ-1 oder Typ-2
- erhöhte Blutfettwerte
- erhöhte Harnsäurewerte/Gicht
- Fettstoffwechselstörung
- Lebererkrankung
- Gallensteine
- Magenerkrankung / Gastritis / Magengeschwür
 - Helicobacter pylori
- Schlaganfall
- Herzerkrankungen
- Tumorerkrankung
- Nierenerkrankung
- Rheuma
- Asthma
- Depression
- Krebs, Art: _____
- Hautkrankheit, Art: _____
- Schilddrüsenerkrankung, Art: _____
- Sonstige Erkrankungen (chronisch) _____

9. Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen: und Wer? Vater, Mutter, Oma, Opa, Geschwister

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Fettstoffwechselstörung
- Herzinfarkt
- Asthma
- Lungenerkrankung
- Erbkrankheiten
- Krebs, Art: _____
- Sonstige _____

10. Darmgesundheit: Wie ist ihre Verdauung? Bitte ankreuzen:

Schmerzen, wo? *Bitte einzeichnen =>*

Seit wann?

Stuhlfrequenz

____x täglich

____x wöchentlich

Konsistenz

fest geformt breiig wässrig wechselt zwischen _____

unverdaute Rückstände sichtbar Schleimauflagen

Farbe _____

Geruch _____

Klopapierverbrauch > als 5 Stück

Benutzung der Klobürste, da Stuhl klebt

Obstipation, seit wann _____

Diarrhoe, seit wann _____

Flatulenz = Blähungen / Winde die abgehen

riechen faulig sind laut

Meteorismus / Luft im Bauch / Blähbauch

Oberbauchschmerzen kurz n. d. Essen

Oberbauchschmerzen 2-3 Std nach dem Essen / nachts / nüchtern

Reflux

Sodbrennen

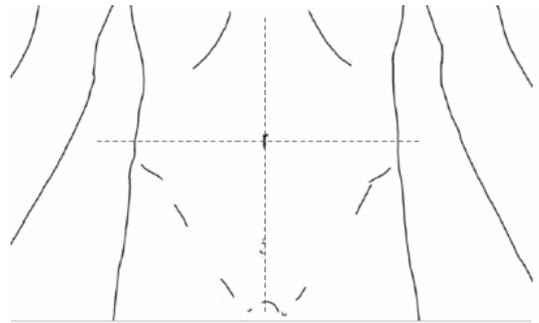
Vermehrtes (saurer) Aufstoßen

Hämorrhoiden, seit wann _____

Mundgeruch

Appetitlosigkeit

Gewichtsverlust, wieviel kg in welchem Zeitraum _____



11. Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel (NEM) nehmen Sie derzeit ein?

| Medikament / NEM | Dosierung | Einnahmezeitpunkt |
|------------------|-----------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

12. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten? Z.B. im Urlaub (Hepatitis A-E, Aids...)

13. Sonstiges:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

Datum, Unterschrift