



Heilpraktikerin  
**Saskia Anders-Giehl**

**Naturheilpraxis**  
für Kinder,  
Jugendliche & Erwachsene

Landsberger Str. 24 | 82205 Gilching  
08105 - 777 24 95 | praxis@anders-giehl.de  
www.naturheilpraxis-anders-giehl.de

## Anamnesebogen

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Straße & Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Arbeit: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Anzahl Kinder: \_\_\_\_\_

Behandelnder Hausarzt: \_\_\_\_\_ Empfehlung durch: \_\_\_\_\_

Versicherung: Gesetzlich/Selbstzahler: ( ) ; Privat: \_\_\_\_\_ ; Privat Zusatzvers.: \_\_\_\_\_ Beihilfe ( )

Ich habe mich über die Kosten und Leistungserstattung auf der Homepage informiert ja  .....nein..

Ich bin mit der Zusendung von kurzen Informationen zur Naturheilkunde und aktuellen Veranstaltungen per E-Mail einverstanden ja  .....nein..

**Lieber Patient,**

bitte nehmen Sie sich ein wenig Zeit und füllen den Anamnesebogen so sorgfältig aus wie möglich. Es erleichtert das Erstgespräch und vermeidet Lücken in der Befunderhebung. Bitte bringen Sie zum ersten Termin, soweit vorhanden, **aktuelle Laboreergebnisse, Arzt- bzw. Befundberichte und gegebenenfalls bildgebende Materialien mit, denken Sie auch an Ihren Impfausweis und an Medikamente inkl. Nahrungsergänzungsmittel**, die Sie zur Zeit einnehmen.

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

**Größe:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_ **Blutdruck:** \_\_\_\_\_ **Blutgruppe:** \_\_\_\_\_ **Augenfarbe:** \_\_\_\_\_

**Gab es Besonderheiten während Ihre Mutter mit Ihnen schwanger war bzw. bei Ihrer Geburt?** (Kaiserschnitt, Zangengeburt, Frühgeburt, Saugglocke, Übertragen....)

**Welche Impfungen haben Sie als Kind und als Erwachsener erhalten?** Impfausweis! Impfreaktionen? (Fieber, Krämpfe, grippale Symptome, Unruhe, Schwellungen, allergische Reaktionen)

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?** Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Ruhr, Malaria, Salmonellen, Pfeiffersches Drüsenfieber, Herpesinfektionen, Hepatitis, Borreliose, Tuberkulose, Wurmerkrankungen, Gonorrhöe, Syphilis, Tropenkrankheiten, andere)

**Gab es Auffälligkeiten in Ihrer Kindheit hinsichtlich Ihrer körperlichen, motorischen oder geistigen Entwicklung?**

**Ist Ihr Zahnstatus vollständig? Fehlen Zähne? Haben Sie Amalgam- oder andere Zahnfüllungen?** (Kunststoff, Gold, Keramik...)



Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

**Sind Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?**

**Nahrungsmittel:** (Weizen, Gluten, Milch, Eiweiß, Fisch, Lactose, Fructose, u. a.) \_\_\_\_\_

**Arzneimittel:** (Penicillin, Aspirin, Jod, Insulin, o. a.) \_\_\_\_\_

**Blütenstaub, Gräser, Milben, Hausstaub, Tierhaare o. a.** \_\_\_\_\_

**Haben Sie Kontakt mit Tieren? Haustiere? Welche?** \_\_\_\_\_

**Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?** \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Augenerkrankung?** Grüner oder grauer Star, andere \_\_\_\_\_

**Haben Sie regelmäßig Stuhlgang?** (Blähungen, Verstopfung, Durchfall, Häufigkeit, Form, Farbe) \_\_\_\_\_

**Hatten Sie in der Vergangenheit eine Darmspiegelung? Mit welchem Ergebnis?**

**Wie schlafen Sie?** Wie lange schlafen Sie, wann gehen Sie abends in Bett, wachen Sie nachts auf, haben Sie Ein- und Durchschlafstörungen, müssen Sie nachts auf die Toilette, wachen Sie morgens erholt auf? \_\_\_\_\_

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?** (Bei Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister, z. B. Herz- oder Gefäßkrankheiten, Krebserkrankungen, Tuberkulose, Gicht, Zuckerkrankheit (Diabetes), Allergien, Neurodermitis, Schilddrüse, Geschlechtskrankheiten, Rheuma, Gallen- oder Nierensteine, Depressionen, psychische Erkrankungen, Selbsttötung eines Familienmitglieds o. a.) \_\_\_\_\_

**Wann haben Sie sich das letzte Mal Ihr Herz und Ihre Gefäße untersuchen lassen?**

**Wann war Ihr letzter Check-up bzw. Laborkontrolle?** \_\_\_\_\_

**Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt?** \_\_\_\_\_

**Wann war Ihr letzter Besuch beim Neurologen bzw. Orthopäden?** \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

**Männeranamnese**

Schnarchen Sie während des Schlafens? Haben Sie Atemaussetzer im Schlaf? \_\_\_\_\_

Bestehen Gewichtsprobleme? \_\_\_\_\_

Haben Sie das Gefühl nachlassender Muskelkraft? \_\_\_\_\_

Bestehen Beschwerden mit der Prostata? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Krebsvorsorge (Prostata, Darm)? \_\_\_\_\_

Haben Sie in der Vergangenheit Ihre Schilddrüse untersuchen lassen? (Blutwerte, Ultraschall) \_\_\_\_\_

Besteht eine erektile Dysfunktion? \_\_\_\_\_

Gibt es weitere Fragestellungen zu Ihrer Männlichkeit, Ihrer Sexualität bzw. Ihrer Rolle als Mann?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

**Chronologie Ihrer Krankengeschichte** (Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen mit Datum)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Welche Beschwerden haben Sie gegenwärtig?** (Bitte beschreiben Sie kurz die Art Ihrer Beschwerden, seit wann Sie die Beschwerden haben und was Sie oder andere Ärzte und Therapeuten bislang dagegen unternommen haben. Eingesetzte Medikamente und Behandlungsmaßnahmen! \_\_\_\_\_)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Können Sie nachvollziehen, ob Ihre jetzigen Beschwerden zeitgleich im Zusammenhang mit einem Ereignis, wie einer anderen Erkrankung, Trauer, einem Schock/Trauma, einer Operation, beruflichem oder privatem/familiärem Stress, Medikamenten oder etwas anderem stehen?** Bitte kurz angeben. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Bitte notieren Sie sich auf einem Extrablatt Ihre persönlichen Ziele**, die Sie mit dem Besuch in meiner Praxis verfolgen. Möglichst detailliert und mit einem angedachten Zeitrahmen versehen.

Ich danke Ihnen sehr für Ihr Vertrauen und freue mich Sie kennen zu lernen.