



### 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..

**Liebe Patientin,**

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 Laborergebnisse, Arzt- bzw. Befundberichte und gegebenenfalls bildgebende Materialien mit, denken Sie auch an Ihren Impfausweis und an Medikamente und 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: \_\_\_\_\_

Bitte notieren Sie kurz Ihre Ernährungs- und Trinkgewohnheiten:

Morgens: \_\_\_\_\_

Mittags: \_\_\_\_\_

Zwischendurch: \_\_\_\_\_

Abends: \_\_\_\_\_

Nachts: \_\_\_\_\_

Wie viel trinken Sie pro Tag, was und wie viel davon? \_\_\_\_\_

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? (vegetarisch, vegan u. a.) \_\_\_\_\_

Nehmen Sie sich für die Mahlzeiten genügend Zeit? \_\_\_\_\_

Ernähren Sie sich Ihrer Meinung nach gesund und ausgewogen? \_\_\_\_\_

Wie bewerten Sie Ihr Durstempfinden und Hungergefühl? \_\_\_\_\_

Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Fisch, Alkohol, Nikotin, anderes \_\_\_\_\_

Abneigung gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Fisch, Alkohol, Nikotin, anderes \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? (wie lange schon und wie viel pro Tag?) \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? (was, wie oft und wie viel?) \_\_\_\_\_

Was tun Sie selbst, um Ihre Gesundheit günstig zu beeinflussen? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? Welchen und wie häufig? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente, auch Nahrungsergänzungsmittel, nehmen Sie zur Zeit ein? Bitte notieren Sie den Namen und die Dosierung der Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel:

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

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: \_\_\_\_\_

### Frauenanamnese

Wann bekamen Sie das erste Mal Ihre Periode? \_\_\_\_\_

Ist Ihre Periode regelmäßig, schmerzfrei, Dauer? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie die Pille? Seit wann und welche? \_\_\_\_\_

Andere Verhütungsmaßnahmen? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre erste Schwangerschaft bzw. die folgenden? \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft oder Geburt? (Mutterpass) \_\_\_\_\_

Besteht im Augenblick eine Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Hat der Beginn der Menopause bereits eingesetzt? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Periode? \_\_\_\_\_

Wie heißt Ihre Frauenärztin und wann haben Sie sie das letzte Mal aufgesucht? \_\_\_\_\_

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

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? (Brust, Gebärmutter, PAP-Test usw.) \_\_\_\_\_

Sind irgendwann Eierstockzysten (PCO-Syndrom) oder ein Myom bzw. eine Endometriose diagnostiziert worden?

Treten immer wieder Blasenentzündungen, Symptome einer Reizblase oder Harninkontinenz auf?

Gibt es für Sie weitere Fragestellungen zu Ihrer Weiblichkeit bzw. Ihrer Rolle als Frau?

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

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**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 inkl. 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.