

# ANAMNESEBOGEN

Datum

Die nachfolgenden Fragen dienen zur Klärung Ihres Krankheitsbildes. Die gewissenhafte Beantwortung liegt in Ihrem eigenen Interesse. Diese Befragung unterliegt selbstverständlich der Schweigepflicht.

Name  Vorname   
 Straße  PLZ, Wohnort   
 Tel. privat  Tel. mobil   
 Krankenkasse   privat versichert  pflichtversichert  
 Beruf   
 Kinder:  ja  nein  
 Partnerschaft:  ledig  verheiratet  geschieden  sonstiges:   
 Geb.Dat  Geb.Ort   
 Größe  Gewicht

## Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

## Was erwarten Sie von meiner Behandlung?


## 1. Wie ist Ihre allgemeine Befindlichkeit?

### KÖRPERLICH:

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

schlecht                      mäßig                      in Ordnung                      gut                      hervorragend

### PSYCHISCH:

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

schlecht                      mäßig                      in Ordnung                      gut                      hervorragend

## 2. Allgemeine Symptome

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> mangelnde Konzentration        | <input type="radio"/> Ich schwitze sehr schnell | <input type="radio"/> Ich friere sehr schnell                      |
| <input type="radio"/> Ich bin müde und erschöpft     | <input type="radio"/> Ich schwitze in der Nacht | <input type="radio"/> kalte Hände <input type="radio"/> kalte Füße |
| <input type="radio"/> Ich bin verstärkt reizbar      | An welchem Körperteil?                          |  |
| <input type="radio"/> Ich habe Ängste/ Schuldgefühle | <input type="text"/>                            | Wie belastbar und leistungsfähig                                   |
| Konflikte  | <input type="text"/>                            | fühlen Sie sich?   |
|  | <input type="radio"/> kalter Schweiß            | <input type="radio"/> sehr belastbar                               |
|  | <input type="radio"/> warmer Schweiß            | <input type="radio"/> mäßig belastbar                              |
|  |   | <input type="radio"/> gar nicht belastbar                          |

### 3. Akute Beschwerden:

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann? (mit Jahreszahl angeben)  
Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- Erkrankung
- Trauer
- Operationen
- andere:
- Kummer
- Schreck
- Hautausschläge

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein? (auch Vitamine und Hormone)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht und wie war der Erfolg?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

### 4. Leiden Sie an einer der folgenden chronische Erkrankungen?

|  |                            |                          |
|--|----------------------------|--------------------------|
| Bluthochdruck (auch, wenn er medikamentös eingestellt ist)?                                  | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Diabetes/Zuckerkrankheit?  | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Hohe Blutfettwerte (Triglyzeride, Cholesterinspiegel?)                                       | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Häufiger oder gelegentlicher Schwindel, Ohnmachtsanfälle? Stürze?                            | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Hatten Sie schon einmal eine Lungenembolie?  | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Haben Sie ein hirnorganisches Krampfleiden (z.B. Epilepsie?)                                 | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung? (Lupus, Hashimoto, MS, Psoriasis)                   | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Leiden Sie an Arthrose oder Arthritis, Rheuma oder anderen Knochen- oder Gelenkerkrankungen? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
|  |                            |                          |
| Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung: Gicht, Diabetes?                                      | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
|  |                            |                          |

## 5. Zähne und Kiefer

Zahnerkrankungen und Zahnwerkstoffe können sich auf die Gesundheit des gesamten Körpers auswirken

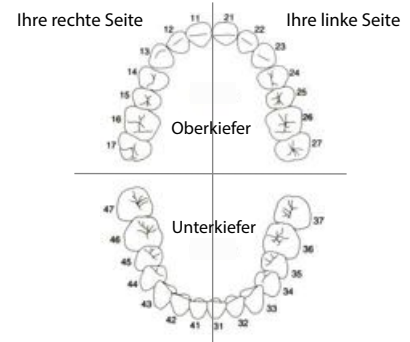
- Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- Wurzelbehandelte Zähne
- Tote Zähne
- Paradontose / Paradontitis
- Empfindliche Zähne auf
  - heiß  kalt

- Wurden Amalgamfüllungen entfernt?
- ja  nein

- Zahnfüllmaterialien
- Amalgam
  - Titan
  - Keramik
  - Implantate
  - Gold
  - Kunststoff
  - Palladium

- Kiefergelenke
- Schmerzen
  - Geräusche beim Kauen
  - Blockade
  - Zähneknirschen

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch



## 6. Schmerzen und Narben

Nutzen sie die Skizze und tragen Sie bitte Ihre Schmerzen ein.

Schmerz 1

Schmerz 2

Schmerz 3

Sind die Schmerzen veränderlich?

(Bitte entsprechend Ihrer oben genannten Schmerzen mit 1, 2 und/oder 3 eintragen)



|                            | Kein Effekt          | Besser               | Schlechter           |
|----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Bewegung                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sitzen                     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stehen                     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Gehen                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Liegen                     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nachts                     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Früh Morgens               | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Gegen Ende des Tages       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Beim Ausruhen              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vor dem Essen              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Während des Essens         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nach dem Essen             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2-4 Stunden nach dem Essen | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## 7. Körper und Organfunktion

### Brustdrüse

- Beschwerden
- Operationen

### Herz

- Beschwerden
- Stechen
- Druckgefühl
- Infarkt
- Beklemmung
- Rhythmusstörungen

### Lunge

- Bronchitis
- häufig Husten
- Atemnot

### Leber

- Entzündung
- Hepatitis

### Galle

- Steine
- Koliken
- Operation
- Druck im Oberbauch
- Fettunverträglichkeit

### Magen

- Völlegefühl
- Gastritis
- Appetitlosigkeit
- Sodbrennen

### Rücken

- Schmerzen
- Hexenschuss
- Ischias
- Skoliose
- Verspannungen
- Myogelosen
- Beweglichkeit
- Belastung
- Rheuma

### Niere / Blase

- Nierensteine
- Entzündungen
  - häufig

### Harn

- viel
- wenig
- häufig
- kann nicht halten
- Geruch nach: \_\_\_\_\_

### Darm

- Infektionen
- Hämorrhoiden
- Blinddarmoperation
- Blähungen
- Reizdarm
- chr. Darmerkrankungen
- Polypen
- Divertikel
- Verwachsungen

### Stuhlgang

- täglich
- jeden 2. Tag
- unregelmäßig
- riecht nach: \_\_\_\_\_
- Neigung zur Verstopfung
- Neigung zu Durchfall
- Blähungen

### Konsistenz des Stuhls

- hell
- dunkel
- übelriechend
- hart
- knollig
- weich
- schmierig
- pastenartig
- kann Stuhl nicht halten
- Gefühl nicht fertig
- zu werden

### Arme

- Verletzungen
- Schmerzen
- Tennisellbogen
- Kribbeln
- kalte Hände

### Beine

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

### Haut / Nägel

- Verbrennungen
- Narben
- Geschwüre
- Hautjucken
- Warzen
- Pilze
- eingewachsene Nägel
- Nagelbettentzündungen
- Allergien auf: \_\_\_\_\_

## 8. Gynäkologischer / urologischer Bereich

### Sexualität

- vermindert
- verstärkt
- unbefriedigt
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

### Frau

#### Ausfluß

- keinen  stark
- weiß  gelb
- wundmachend
- färbt die Wäsche

- Schmerzen
- Eierstockentzündung
- Ausschabungen
- Fehlgeburten
- Geburten / wieviele: \_\_\_\_
- Abtreibungen
- Tumore
- Zysten
- Myome
- Geschlechtskrankheiten
- Sterilisation

### Mann

#### Prostata

- vergrößert
- Entzündungen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Geschlechtskrankheiten

#### Verhütungsmaßnahmen

- Antibabypille
- Spirale
- Hormonspritze

#### Wann war die erste Menses?

\_\_\_\_\_

#### Wann die letzte?

\_\_\_\_\_

#### Blutungen sind:

- hell
- dunkel
- klumpig
- braun
- regelmäßig
- unregelmäßig

#### urologisch

- Sterilisation
- Erektionsprobleme

## 9. Lebensweise

### Treiben Sie regelmäßig Sport?

- ja  nein

### Ist ihr Schlaf und ihr Arbeitsplatz baubiologisch untersucht worden? (Elektromog, Geopathie, Umwelttoxine)

- ja  nein

### Wie ist ihre Wohnung beschaffen?

- Funkmasten in der Nähe
- Überlandleitungen/Bahnstrom in der Nähe
- Bäche, Flüsse in der Nähe
- Schimmelpilzbelastung
- Antiquitäten / Holzschutzmittel
- Teppichböden
- Mikrowelle
- Ledermöbel

### Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?

- schnurlose Telefone / Internet
- elektrische Geräte standby
- Wasserbett
- eingebauter elektrischer Motor

### Wie ist ihr Schlaf?

- Schlaflosigkeit
- häufiges Erwachen, um wieviel Uhr:
- nächtliches Wasserlassen  
Wie oft?:
- Schwierigkeiten beim Einschlafen
- Unruhe in den Beinen
- Sprechen beim Schlafen
- Nachtschweiß
- heiße Füße
- Zähneknirschen
- Lebhaftige Träume

### Wieviel Liter trinken Sie täglich?

- unter 500 ml  unter 1 Liter
- ca. 1-2 Liter  über 2 Liter

### Was trinken Sie?

- Wasser ohne Kohlensäure
- Wasser mit Kohlensäure
- Fruchtsäfte
- Softdrinks
- Kaffee  Tee  Milch
- Bier  Wein

### Rauchen Sie?

- ja, bis zu  Zigaretten am Tag
- nein

### Haben Sie Tätowierungen?

- ja  nein

### Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

|                  | nie                   | selten                | 1x pro Tag            | mehrmals täglich      |
|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Milchprodukte    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Süßigkeiten      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Weißmehlprodukte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kuchen           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Eier             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Zucker           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fleisch          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fisch            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gemüse           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Obst             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nüsse            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?


### Haben Sie Nahrungsmittelallergien oder -unverträglichkeiten?


### Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

- ja  nein

wenn ja, welche:


### Wurden Sie gestillt?

- ja  nein

### War Ihre Geburt eine natürliche?

- ja  nein

### Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

- ja  nein

## 10. Krankheitsgeschichte

### Chronologische Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben, möglichst von der Kindheit an

[Blank lines for writing the chronological medical history]

### Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

- Krebs
- Tuberkulose
- Geisteskrankheiten
- Geschlechtskrankheiten
- Epilepsie
- Herzkrankheiten
- Gefäßerkrankungen
- Schlaganfall
- Asthma
- Zuckerkrankheit
- Rheumatismus
- Steinkrankheiten
- Multiple Sklerose
- Gicht
- Allergien
- Schuppenflechte
- Neurodermitis
- andere:

[Blank lines for additional family diseases]

### Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- Tuberkulose (BCG)
- Röteln
- Polio (Kinderlähmung)
- Cholera
- Diphtherie
- Gelbfieber
- Tetanus
- Hepatitis
- HIB
- Pocken
- Keuchhusten
- Grippe
- Masern
- Mumps
- andere:

[Blank lines for additional vaccinations]

### Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- Fieber
- Krämpfe
- Unruhe
- Schlaflosigkeit
- Verhaltensveränderungen

### Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Keuchhusten
- Windpocken
- Scharlach
- Tetanus
- Kinderlähmung
- Malaria
- Salmonellose
- Ruhr
- Siphilis
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Gonorrhoe (Tripper)
- Tropenkrankheiten
- Tuberkulose

### Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- ja     nein

### Falls ja, welche wurden eingesetzt?

[Blank lines for listing antibiotics used]

### Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

- ja     nein

**MIT DER NACHFOLGENDEN  
UNTERSCHRIFT GARANTIERE  
ICH FÜR DIE RICHTIGKEIT  
MEINER ANGABEN**

Ort, Datum

[Blank space for location and date]

Unterschrift

[Blank space for signature]