

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der ganzheitlichen Medizin ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Wir sind daher auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen, denn je genauer und umfassender die Informationen sind, desto besser können wir uns auf Sie und Ihre Beschwerden vorbereiten.

Bitte füllen Sie den Fragebogen so gut wie möglich aus, es ist Ihnen natürlich freigestellt, ob und welche schriftliche Angaben Sie machen möchten, ihre Angaben werden aber streng vertraulich behandelt.

Bitte lassen Sie uns den aufgefüllten Anamnesebogen bis ca. 1 Woche vor dem Termin zukommen, per Mail oder Post.

Vielen Dank!
Ihr Praxisteam

I. Allgemeine Angaben zum **Erstgespräch am**

Name/Vorname _____ Geb. am _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ eMail: _____

Krankenversicherung: _____ Beihilfeberechtigung: ☐ Ja ☐ Nein

Selbstzahler: ☐ JA ☐ NEIN (da Private KV)

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Blutgruppe (sofern bekannt): _____

II. Berufliche Anamnese

Beruf/ausgeübte Tätigkeit: _____

Früherer Beruf: _____

☐ viel sitzende Tätigkeit ☐ leichte körperliche Tätigkeit ☐ schwere körperliche Tätigkeit

☐ hohe geistige Anspannung ☐ hohe Konzentration

Arbeit mit Gefahrenstoffen: _____

Händigkeit: Schreiben Sie mit der ☐ rechten ☐ linken Hand? ☐ Rechtshänder ☐ Linkshänder

Anamnesebogen

III. Aktuell

1. Was sind Ihre aktuellen Beschwerden und seit wann bestehen diese in etwa?

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden, z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Medikamente, Impfungen...?

3. Meine gesundheitlichen Wünsche und Ziele:

IV. Welche Vorerkrankungen/gesundheitlichen Probleme sind Ihnen bekannt?

Herz-Kreislauf und Lunge:

- ☐ Herzinfarkt ☐ Herzschwäche ☐ Herzrhythmusstörungen ☐ Herzrasen ☐ Herzklappenfehler
- ☐ Herzmuskelentzündung ☐ Erweiterungen der Aorta (Aneurysma) ☐ Bluthochdruck
- ☐ Chronische Bronchitis ☐ Asthma bronchiale ☐ Lungenfibrose ☐ Lungenembolie ☐ Thrombosen
- ☐ Schlaganfall ☐ Sonstiges: _____

Wie würden Sie Ihre körperliche Leistungsfähigkeit einschätzen:

- ☐ **stark** vital und leistungsfähig ☐ **mäßig** vital und leistungsfähig ☐ **eingeschränkt** vital und leistungsfähig
- ☐ rasche Atemnot bei Belastung ☐ Kurzatmigkeit bei leichter Tätigkeit ☐ Brustschmerzen bei Belastung
- ☐ Beinschmerzen beim Gehen, nach wieviel Metern: _____

Leber und Galle

- ☐ Leberverfettung ☐ Leberzirrhose ☐ Gallensteine ☐ Gallenkolik ☐ Entfernung der Gallenblase

Bauchspeicheldrüse

- ☐ Entzündungen der Bauchspeicheldrüse ☐ Schwäche der Bauchspeicheldrüse (Insuffizienz)
- ☐ Diabetes mellitus **Typ I** ☐ Diabetes mellitus **Typ II** ☐ Insulinresistenz

Anamnesebogen

Niere und Blase

- ☐ Nierenschwäche ☐ Nierensteine ☐ Gicht ☐ Harninkontinenz ☐ Reizblase ☐ gehäuft Blaseninfektionen
☐ Probleme beim Wasserlassen ☐ Nächtliches Wasserlassen, wie oft: _____

Darm

- ☐ Blähungen ☐ Völlegefühl ☐ Aufstoßen ☐ Sodbrennen ☐ gehäuft Schluckauf ☐ Verstopfung ☐ Durchfall
☐ Reizdarm ☐ M. Crohn ☐ Colitis Ulcerosa ☐ Leaky Gut („Löchriger Darm“)
☐ Nahrungsmittelunverträglichkeiten: ☐ Laktose ☐ Fruktose ☐ Histamin ☐ Gluten
☐ Magenspiegelung, wenn ja ca. wann: _____ Ergebnis: _____
☐ Darmspiegelung, wenn ja ca. wann: _____ Ergebnis: _____

Kopf und Nervensystem

- ☐ Kopfschmerzen ☐ Migräne mit Aura ☐ Migräne ohne Aura ☐ Polyneuropathie ☐ Multiple Sklerose
☐ Konzentrationsstörungen ☐ Nebel im Kopf ☐ Vergesslichkeit ☐ ADS ☐ ADHS

Schlaf

- Um welche Uhrzeit gehen Sie normalerweise schlafen? _____
Schlafen Sie gut und erholsam? ☐ Ja ☐ Nein
Schlafen Sie leicht ein? ☐ Ja ☐ Nein, wie lange liegen Sie noch wach? _____
Wachen Sie nachts öfter auf? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: mit Schwitzen? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn Ja: zu welcher Zeit wachen Sie auf? ☐ vor 1 Uhr ☐ 1-3 Uhr ☐ 3-4 Uhr ☐ nach 4 Uhr
Knirschen Sie in der Nacht mit dem Kiefer/mit den Zähnen? ☐ Ja ☐ Nein Knirschschine ☐ Ja ☐ Nein
Wie wachen und stehen Sie morgens auf: ☐ müde/zerschlagen ☐ mit Anlaufschwierigkeiten ☐ fröhlich/munter
☐ Unerklärliche Erschöpfung ☐ lähmende Müdigkeit
Bestehen morgendliche ☐ Kopfschmerzen ☐ Kieferschmerzen ☐ Verspannungen allgemein

Stress und emotionale Belastungen

- ☐ Nervosität ☐ Angstzustände ☐ Panikattacken ☐ schnell reizbar ☐ aktuelle traumatische Erlebnisse
☐ traumatische Erlebnisse in der Vergangenheit ☐ Pflege von alten oder kranken Angehörigen

Spüren Sie oft ☐ Wut ☐ Ärger ☐ Zorn ☐ Trauer

Privater Stress ☐ aktuell ☐ in der Vergangenheit ☐ dauerhaft

Beruflicher Stress ☐ aktuell ☐ in der Vergangenheit ☐ dauerhaft

Anamnesebogen

Schilddrüse

☐ Vergrößerung der Schilddrüse (Struma) ☐ Entzündungen aktuell ☐ Entzündungen früher

☐ M. Hashimoto ☐ M. Basedow ☐ Krebserkrankung ☐ Radiojodtherapie

Operation: ☐ Entfernung Knoten ☐ Teilentfernung ☐ Komplette Entfernung

☐ Schilddrüsen-Medikamente: _____

Zähne

Zähne stehen in engem Zusammenhang mit der Wirbelsäule und dadurch auch zu den Organen. Soweit Sie es wissen, zeichnen Sie bitte in die untenstehende Abbildung die entsprechenden Angaben ein, ggf. bitten Sie auch Ihren Zahnarzt um Hilfe.

Art des Zahnersatzes:

Inlay/Onlay (**O**)

Krone (**K**)

Brücke (**B**)

Implantat (**I**)

tote, wurzelbehandelte Zähne (**W**)

fehlende Zähne **ausstreichen mit (X)**

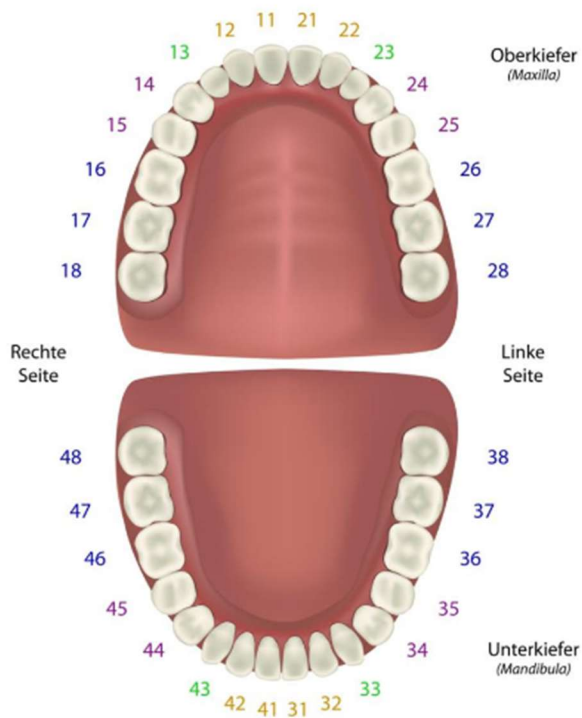
Zahnersatzmaterial:

Amalgam (**A**)

Kunststoff (**P**)

Gold (**G**)

Keramik (**K**)



Wurden Zahnfüllungen aus Amalgam entfernt? ☐ Ja, wann: _____ ☐ Nein

Wurde eine Quecksilber-Ausleitungstherapie durchgeführt? ☐ Ja, wann: _____ ☐ Nein

☐ oft Zahnfleischbluten ☐ Parodontose

Anamnesebogen

Bewegungsapparat

- ☐ Bestehen aktuell Beschwerden? ☐ Bestehen dauerhafte Beschwerden?

Bitte in der unteren Abbildung einzeichnen

Bestehen die Beschwerden ☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig

Wie ist der Schmerzcharakter? ☐ dumpf ☐ stechend ☐ bohrend ☐ klopfend ☐ brennend



☐ Arthrose, wenn ja, welche(s) Gelenk(e): _____

☐ Gelenkersatz, wenn ja, welche(s) Gelenk(e): _____

Bewegung und Sport

Wieviel Bewegung haben Sie in der Woche: _____

Welche Bewegung/Sport machen Sie (wie oft in der Woche, wie lange):

☐ Spaziergänge: _____

☐ Walking: _____

☐ Joggen: _____

☐ Fitnesscenter: _____

☐ Schwimmen: _____

☐ Radfahren: _____

☐ Sonstiges: _____



Anamnesebogen

Hormone bei der Frau:

Zyklus vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein Zyklusschwankungen ☐ Ja ☐ Nein Zykluslänge: _____ Tage

Stärke der Regelblutung: ☐ leicht ☐ stark ☐ extrem stark Dauer der Regelblutung: _____ Tage

☐ Alter bei 1. Regelblutung: ca. ____ Jahre ☐ Alter bei letzter Regelblutung: ca. ____ Jahre

☐ Anzahl Schwangerschaften: _____ ☐ Abgänge/Fehlgeburten, welche SSW: _____

☐ Natürliche Schwangerschaft ☐ Kinderwunschbehandlung

☐ PMS ☐ Endometriose ☐ PCO-Syndrom ☐ Myome ☐ Zysten

Verhütung: ☐ Hormonell (Pille, Spirale, Spritze), wenn ja, welche: _____

☐ Mechanisch (Spirale, Stäbchen, Kupferkette): _____

☐ Symptothermal

Verwendung natürlicher Hormone: ☐ Gynokadin ☐ Lenzetto ☐ Utrogest ☐ Famenita ☐ Progestogel

Libido: ☐ zufrieden ☐ nicht vorhanden ☐ vermindert ☐ vermehrt

Haut: ☐ trocken ☐ fettig ☐ warm ☐ kalt ☐ unrein ☐ Akne ☐ Neurodermitis ☐ Schuppenflechte

Haare: ☐ trocken ☐ fettig Haarausfall: ☐ diffus ☐ lokal ☐ kreisrund

Hormone beim Mann:

☐ Erkrankungen des Hodens, wenn ja: _____

☐ Operationen des Hodens, wenn ja, warum: _____

☐ Verwendung von Hormonpräparaten: _____

☐ Kraftsport mit Einnahme von Testosteronpräparaten: _____

☐ Prostatavergrößerung

Libido: ☐ zufrieden ☐ nicht vorhanden ☐ vermindert ☐ vermehrt

Haut: ☐ trocken ☐ fettig ☐ warm ☐ kalt ☐ unrein ☐ Akne ☐ Neurodermitis ☐ Schuppenflechte

Haare: ☐ trocken ☐ fettig Haarausfall: ☐ diffus ☐ lokal ☐ kreisrund



Anamnesebogen

Ernährung und Essgewohnheiten

Ich esse täglich _____ Mahlzeiten (incl. Zwischenmahlzeiten)

Ich esse regelmäßig ☐ Ja ☐ Nein, warum unregelmäßig: _____

Ich ernähre mich nach folgender Kostform: ☐ Mischkost ☐ Vegetarisch ☐ Vegan

Ich esse ☐ alles ☐ ohne Zucker ☐ laktosefrei ☐ glutenarm/glutenfrei

☐ Ich esse schnell ☐ Ich esse langsam ☐ Ich esse mit Ablenkung (Fernseher, PC, Zeitung...)

☐ Ich esse vorwiegend warm ☐ Ich esse vorwiegend kalt

Ich konsumiere **Süßes** ☐ mehrmals täglich ☐ einmal am Tag ☐ 2-3mal pro Woche ☐ einmal pro Woche ☐ seltener

Ich verzehre bevorzugt folgende Süßwaren und Knabbereien: _____

Haben Sie Ess-/Heißhungerattacken ☐ Ja, wann und wie oft: _____ ☐ Nein

Heißhunger auf ☐ Süßes ☐ Salziges ☐ Bitteres ☐ Sonstiges: _____

Ich stehe nachts auf, um zu essen ☐ Ja, um wieviel Uhr: _____ ☐ Nein

Ich kontrolliere mein Gewicht ☐ täglich ☐ mehrfach am Tag ☐ 3-5mal die Woche ☐ 1-2mal die Woche

☐ einmal im Monat ☐ niemals

☐ Gewichtszunahme ☐ Gewichtsabnahme ☐ Wenn ja, wie viel in welcher Zeit: _____

Insgesamt durchgeführten Diäten ☐ noch keine ☐ 1-5mal ☐ 6-9mal ☐ > 10mal ☐ regelmäßig ☐ ständig

Trinkgewohnheiten

Insgesamt trinke ich _____ Liter am Tag

Ich trinke _____ Liter Wasser oder ungesüßten Tee

Ich trinke _____ Liter zuckerhaltige Softdrinks oder Saft

Ich trinke _____ Liter Light-Getränke

Ich trinke _____ Tassen Kaffee ☐ mit Milch ☐ mit Zucker

Alkoholkonsum

☐ täglich ☐ 3-4mal pro Woche ☐ 1-2mal pro Woche ☐ 1-2mal im Monat ☐ nie

Ich trinke bevorzugt folgende alkoholischen Getränke: _____

Abhängigkeiten und Suchten

☐ Nikotin, wenn ja, wie viel am Tag _____ wie viele Jahre _____ Ex-Raucher seit _____

☐ Medikamente, aktuell ☐ Medikamente, früher ☐ welche Medikamente _____

☐ Drogen, aktuell ☐ Drogen, früher ☐ welche Drogen _____

Anamnesebogen

Allergien

- ☐ Gräser, Pollen: _____
- ☐ Hausstaub, Tierhaare: _____
- ☐ Medikamente: _____
- ☐ Lebensmittel: _____
- ☐ Sonstiges (Bienen, Wespen,...): _____

Gab es in der Vergangenheit einen allergischen Schock? ☐ Ja, Auslöser: _____ ☐ Nein

Musste Sie wegen einer Allergie schon einmal beim Arzt oder in einem Krankenhaus behandelt werden?

☐ Ja, Auslöser: _____ ☐ Nein

Infektionskrankheiten

☐ Allgemeine Infektanfälligkeit ☐ wenn ja: wie oft im Jahr _____ ☐ Art der Infekte _____

☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln ☐ Windpocken ☐ Scharlach ☐ Keuchhusten ☐ Kinderlähmung

☐ Malaria ☐ Tuberkulose ☐ HIV/AIDS ☐ Salmonellose ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber (EBV)

☐ Borreliose (Zecke) ☐ andere: _____

☐ Corona, wenn ja, wie oft: _____

(Auffrischungs-)Impfungen

☐ Diphtherie ☐ Tetanus ☐ Polio ☐ Hepatitis ☐ Mumps ☐ Masern ☐ Röteln ☐ Gelbfieber

☐ Keuchhusten ☐ TBC ☐ Grippe ☐ Windpocken ☐ Zoster ☐ FSME ☐ Tollwut ☐ RSV

☐ Covid 19: 1. Impfung am _____ 2. Impfung am _____ 3. Impfung am _____ 4. Impfung am _____

Gab es Reaktionen wie Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, oder sonstiges:

Anamnesebogen

Krebserkrankungen

Aktuell

Welche Krebsart: _____

Therapie: ☐ OP ☐ Bestrahlung ☐ Chemotherapie ☐ Antihormonelle Therapie ☐ lokale Therapie

Folgeschäden der Erkrankung oder der Therapie: _____

Früher

Welcher Krebs: _____

Therapie: ☐ OP ☐ Bestrahlung ☐ Chemotherapie ☐ Antihormonelle Therapie ☐ lokale Therapie ☐

Folgeschäden der Erkrankung oder der Therapie: _____

Unfälle und (große) Operationen

Erkrankungen der Mutter:

Erkrankungen des Vaters:

Anamnesebogen

Erkrankungen der Großeltern:

Welche Medikamente und/oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie derzeit ein?

Präparat	Dosierung	Bemerkung

Vielen lieben Dank für Ihre Bemühungen, wir freuen uns auf Sie!

Ort, Datum

Unterschrift