

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.

Daher sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, um so besser können wir uns auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken uns den Fragebogen vor Ihrem Termin per Fax, per Mail oder auch per Post zu.

Vielen Dank!

Ihre Praxis für Gesundheit

Manuela Knorr

Name

Anschrift

Geburtsdatum

Telefon

Beruf

Email

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

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:

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Scharlach | |

4. Welche Operationen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Blinddarm
- Mandeln
- Sonstiges _____

5. Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Hausstaub |
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Lidocain | <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsäure
(z.B. Aspirin) |
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Milben | |
| <input type="checkbox"/> Metalle | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel, bitte nennen: | |

-
- Sonstige Allergien, bitte nennen:
-

6. Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> Krebs | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | | |
-

7. Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

Anzahl Geburten _____

Einnahme der Pille ja nein

Monatsblutung

regelmäßig schmerzhaft unregelmäßig

8. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

9. Zu Ihrer Person

Größe _____ Körpergewicht _____ Anzahl Zigaretten/Tag _____

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie? _____

Wie viel trinken Sie pro Tag und was? _____

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag? _____

Welche Abneigung haben Sie gegen Nahrungsmittel? _____

Haben Sie derzeit Stress? _____

Wie ist ihr Schlafverhalten? _____
(Ein-, Durchschlafen)

10. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Gallensteine |

Sonstige Erkrankungen _____
(chronisch)

11. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten? Z.B. im Urlaub

12. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

- | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt | <input type="checkbox"/> Kunststoff |
| <input type="checkbox"/> Gold | <input type="checkbox"/> Keramik | |
| Weisheitszähne vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Implantate | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

13. Wie ist ihre Verdauung?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl n. d. Essen | <input type="checkbox"/> Vermehrt Blähungen | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Vermehrt Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Helicobakter Pylori | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich |

Stuhlgang alle 2-3 Tage
Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen:

14. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? Ggf. mitbringen.

15. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

Datum, Unterschrift _____