



## Anamnese-Fragebogen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Dieser Fragebogen hilft mir bei der Einschätzung Ihres Gesamtbildes. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit beim Ausfüllen. Danke für Ihr Vertrauen.

**Was sind Ihre akuten Beschwerden, was sind Ihre Wünsche und Ziele?**

**Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg?**

**Gab es einen unmittelbaren Auslöser vor Beginn Ihrer Beschwerden?** (z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Operation, Medikamente, Hautausschläge etc.)

**Welcher Blutgruppe gehören Sie an?**

**Körpergewicht:** \_\_\_\_\_ **Körpergröße:** \_\_\_\_\_ **Alkoholkonsum:** nie/gelegentlich/regelmäßig

**Rauchen Sie?**  nein  ja / wie viele am Tag:

**Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich auf einer Skala von I (sehr schlecht) bis IO (sehr gut)?**

**Haben Sie Narben? Wo?** (z.B. Zahnextraktion, Dammriss, Unfallnarben, OP)

---

---



**Hatten Sie schon eine der folgenden Erkrankungen?**

	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>		<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
1. hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	29. Nächtliches Wasserlassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Herz Infarkt/Rhythmusstörg./Schrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	30. Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	31. vergrößerte Prostata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Gefäßkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	32. Gynäkologie Ausfluss/Eierstockentzündung/Aus- schabungen/Fehlgeburten/Tumore/ Myome/Endometriose/Gebärmutter- entfernung/Zysten/klimakterische Beschwerden/unregelmäßige Periode	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Thrombose, Krampfadern Hämorrhoiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	erste Mensis:		
6. Schilddrüsenerkrankung Überfunktion/Unterfunktion/ Hashimoto/Vergrößerung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	letzte Mensis:		
7. Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Geschlechtskrankheiten/welche:		
8. Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verhütungsmittel/welche:		
9. Gicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33. Hautkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Neurodermitis/Psoriasis/Nagelbettent- zündung/Verbrennungen/Geschwüre/ Jucken/Pilze/Warzen		
11. Blutkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	34. Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	35. Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Tinnitus seit:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaflosigkeit/Einschlafschwierigkeiten/ Unruhige Beine/Nachtschweiß/Zähne- knirschen/Sprechen im Schlaf/ häufiges Erwachen (Uhrzeit:            )		
14. Schwerhörigkeit seit:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	36. Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Augen: Glaukom/GrünerStar/Brille (kurzsichtig/weitsichtig)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	37. Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	38. nehmen/nahmen Sie Drogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Schmerzen allgemein Wo? hervorgerufen durch: dauerhaft/ wechselnd Linderung durch? Wann? Tag/Nacht/Ruhe/Belastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	39. Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Heuschnupfen/Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Woran? _____		
19. Lungenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
20. Lungenembolie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	40. Unfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Magen-/Zwölffingerdarm- Geschwür/Gastritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wann?                   Was?		
22. Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	41. Impfungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Gallenerkrankung Steine/Koliken/Fettunverträglichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche? _____		
24. Bauchspeicheldrüsenerkr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
25. Stuhlgang: normal/weich/hart Wie häufig?    x/Tag            x/Woche Farb-/Geruchsauffälligkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	42. Impfreaktionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutbeimengungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	43. Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Blähungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche? _____		
27. Niere/Blase Steine/Entzündung/oft kalte Füße	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	44. Zahnmaterialien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Harn nicht halten können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Amalgam/Gold/Kunststoff/Keramik		
			45. Andere Erkrankungen: _____		
			_____		
			46. Familiäre Erkrankungen: _____		
			_____		
			_____		



**Leiden Sie unter Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? Welche?**

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**

**Auf welche Nahrungsmittel könnten Sie schwer verzichten?**

**Wieviel Liter und was trinken Sie pro Tag?**

**Treiben Sie Sport? Welchen?**

**Seit wann?**

nein

moderat (1x/Wo)

regelmäßig(2-3x/Wo)

Leistungssport

**Haben Sie Schwierigkeiten in Familie, Beruf und/oder Umfeld?**

**Sind Sie besorgt um Ihre Zukunft oder fühlen Sie sich häufig einsam?**

**Bitte bringen Sie sämtliche aktuellen Laborbefunde, Medikationspläne (incl. Nahrungsergänzungsmittel), Allergiepässe und ähnliches in Kopie mit, was für die Diagnosestellung relevant sein könnte.**

Grundsätzlich kann jede Behandlung, trotz aller Sorgfalt in der Anamnese, mit einem Risiko behaftet sein. Durch Selbststudium und regelmäßige Fortbildungen meinerseits ist es auf ein Minimum beschränkt. Bei Fragen und Unklarheiten Ihrerseits sprechen Sie bitte mit mir, ich setze sonst Ihr Einverständnis voraus.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)