



Allgemeiner Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so ausführlich – wie es Ihnen möglich ist – aus.
Fragen, die Sie nicht beantworten können, lassen Sie einfach offen.

Untersuchungsbefunde bzw. **Arztberichte** bringen Sie bitte zur Behandlung mit –

Vielen herzlichen Dank!

Kontaktdaten:

Vorname, Name:	
Straße und Hausnr.:	
PLZ Ort:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	
Email:	
Beruf:	
Größe und Gewicht:	cm kg
Privat-/Zusatz- versicherung:	
Hausarzt	
Rechnungsempfänger:	(bei Kindern)
ggf. abweichende Adr.:	



Gesundheitsfragen

Aufgrund welcher Beschwerden kommen Sie zu mir?

Wo treten Ihre Beschwerden auf?

Wann sind sie zum ersten Mal in Erscheinung getreten? _____

Gibt es ein Ereignis, welches mit dem Auftreten in Verbindung gebracht werden kann= (Körperlich und/oder seelischer Art?):

Wenn „JA“: direkt oder zeitverzögert?



Vorbefunde/Patientengeschichte

Herz- oder Kreislauf?

 Ja Nein Herzinfarkt Stoffwechselerkrankungen Herzrasen, -stolpern Krampfadern Gerinnungsstörungen Durchblutungsstörungen Bluthochdruck Sonstiges:

Lunge/Atemwege?

 Ja Nein Asthma Bronchitis Kurzatmigkeit Luftnot Husten Auswurf Sonstiges:

Verdauungstrakt?

 Ja Nein Magen Sodbrennen Darm Durchfall Verstopfung Leber Gallenblase Bauchspeicheldrüse Blähungen Koliken Sonstiges:

Nieren, Blase?

 Ja Nein Schmerzen beim Wasserlassen Blasenschmerzen Sonstiges:

Geschlechtsorgane?

 Ja Nein Gebärmutter Prostata Sonstiges:



-
- Hormonsystem?** Ja Nein
- Diabetes („Zuckerkrankheit“) Schilddrüse Nebenniere Sonstiges:
- Allergien?** Ja Nein Desensibilisierung
- Pollen Tierhaare Nahrungsmittel Beschreibung:
-

- Kopf?** Ja Nein
- Kopfschmerzen Migräne Nase/Nasennebenhöhlen
- Augen Ohren Mundraum Zähne/Implantate
- Beschreibung:
-

- Bewegungsapparat?** Ja Nein
- Wirbelsäule Schultern Arm Hand
- Hüfte Bein Fuß Sonstiges:
-

- Hautkrankheiten?** Ja Nein
- Herpes Neurodermitis Psoriasis Akne
- Warzen Sonstiges:
-



Leiden Sie unter **Infektiösen Erkrankungen**, wie AIDS/HIV, Hepatitis oder Tuberkulose, ...?

Gab es in Ihrem Leben **Unfälle?** (Fahrrad, Auto, etc.) Ja Nein

Haben Sie noch Beschwerden? Ja Nein

Wann und Was ist passiert?

Hatten Sie bereits **Operationen?** Ja Nein

Wann und Welche?

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein?

Medikamentenname:	Wofür:	Dosierung:	Arzt oder Heilpraktiker:



Sind Sie **geimpft**? Ja Nein

Wann war die letzte Impfung? _____

Wie haben Sie Ihre Impfungen vertragen? (Jucken, Schwellung, Rötung, Fieber, Krämpfe,
Sonstiges, ...)

Für Frauen:

Wie viele Schwangerschaften?

Wie viele Geburten?

Wann haben Sie entbunden und wie? (Spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, ...)

Menstruation? (Beginn, Dauer, Stärke, Beschwerden, Zwischenblutungen)

Verhütung? Ja Nein Wie:

Menopause? (Seit wann?)

Familienanamnese – Welche bekannten Erkrankungen gibt es in Ihrer

Herkunftsfamilie (Herz, Diabetes, Krebs, Rheuma, etc.)



Treiben Sie regelmäßig **Sport**? Ja Nein Welchen

Wie ist Ihr **Durstgefühl**? **Tägliche Trinkmenge (ohne Alkohol)**

Ernährung:

Wie viele Mahlzeiten/Tag?

- Mischkost Vegetarisch Vegan
 Fertigprodukte isolierte Kohlenhydrate (Süßigkeiten, Limo, Säfte)

Ihr **Schlaf**? (Ein- und Durchschlafen; Dauer; Schnarchen, Schlafapnoe,...)

Konsumieren Sie

- Nikotin** (Frequenz & Menge): _____
 Alkohol (Frequenz & Menge): _____
 Sonstiges (Frequenz & Menge): _____

Gibt es noch etwas, was nicht gefragt wurde, Sie aber unbedingt als wichtig empfinden?



In eigener Sache – Wie sind Sie auf „die Naturheilpraxis“ aufmerksam geworden?

Empfehlung, durch:

Flyer oder Visitenkarte

Telefonbuch, Gelbe Seiten Internet

Sonstiges:

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

Ort/Datum

Unterschrift

(bei Kindern Unterschrift des Erziehungsberechtigten)