



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Da wir in der Naturheilkunde ganzheitlich denken, um alle körperlichen Zusammenhänge Ihrer Beschwerden zu berücksichtigen, bitten wir Sie um Ihre Mithilfe.

Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser können wir uns auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Vielen Dank - Ihr Naturheilkundliches Zentrum Oberschleißheim

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ, Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort/-land _____

Telefon _____ mobil _____

e-mail _____

Beruf _____

Versicherung gesetzlich _____ Zusatzversicherung _____
 privat _____ Beihilfe Bund Land

Familienstand

alleinstehend verheiratet Lebensgemeinschaft
 geschieden verwitwet getrennt lebend

Kinder _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von _____ Internet

1. Welche Beschwerden sind Anlass für diesen Termin, seit wann bestehen sie?

2. Gibt es einen Auslöser? (Trauer, Unfall, Impfung, Medikamente, ...)

3. Haben Sie bereits Therapieformen diesbezüglich in Anspruch genommen? Welche?

4. Haben Sie Schmerzen, wenn ja, wo?

- | | | |
|-----------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Zähne | <input type="checkbox"/> Nacken/Schultern |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Unterleib | <input type="checkbox"/> Magen/Darbereich |
| <input type="checkbox"/> Beine | | |
| <input type="checkbox"/> sonstige _____ | | |
-

5. Weitere Beschwerden /Indikationen: _____

6. Welche Operationen, Unfälle hatten Sie bereits? Wann jeweils?

7. Haben Sie Narben, Tattoos, Piercings?

- Nein wenn ja, wo? _____

8. Welche Medikamente nehmen Sie momentan ein? (evtl. mitbringen)

9. Wann erfolgte die letzte Antibiotika-Therapie?

10. Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?

- nein ja, welche _____

11. Welche Impfungen/Auffrischungen haben Sie bekommen? Ggfs. Impfbuch mitbringen.

12. Rauchen Sie?

- nein ja, Anzahl pro Tag _____

13. Treiben Sie Sport?

- 2x / Woche oder öfter gelegentlich nein

14. Welche Allergien oder Unverträglichkeiten sind bekannt?

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Penicillin |
| <input type="checkbox"/> Hausstaub | <input type="checkbox"/> Lidocain | <input type="checkbox"/> ASS (z.B. Aspirin) |
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Milben | <input type="checkbox"/> Metalle |

auf Nahrungsmittel, bitte nennen: _____

Sonstige Allergien, bitte nennen: _____

15. Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein? (Vitamine, Mineralstoffe,...)

16. Wieviel Wasser trinken Sie täglich? (ohne Fruchtsaft, Kaffee, Tee, Alkohol,...)

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3 Liter | <input type="checkbox"/> 2 Liter | <input type="checkbox"/> 1 Liter |
| <input type="checkbox"/> 500 ml | <input type="checkbox"/> weniger | |

17. Wie ist Ihre Verdauung?

- | | | |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang | ___ x täglich | ___ x wöchentlich |
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl n.d. Essen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Gastritis |
| <input type="checkbox"/> vermehrt Blähungen | <input type="checkbox"/> vermehrt Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Heliobakter pylori | <input type="checkbox"/> Heißhunger auf _____ |

18. Neigen Sie eher zum

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwitzen | <input type="checkbox"/> Frieren |
|------------------------------------|----------------------------------|

19. Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

- | | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Steinerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Selbstmord/Suizid | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen | _____ |

Mutter _____ Vater _____

Großeltern _____ Urgroßeltern _____

Geschwister _____

20. Welche Infektionskrankheiten haben Sie bereits durchgemacht?

- | | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> TBC | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Typhus | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Syphilis |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> FSME | <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Grippe (Influenza) | <input type="checkbox"/> Aids | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber |
| <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> sonstige | |

21. Wie schlafen Sie?

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen | | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | | <input type="checkbox"/> lebhafte Träume |
| <input type="checkbox"/> häufiges Erwachen | Uhrzeit: _____ | <input type="checkbox"/> keine Träume |
| <input type="checkbox"/> nächtl. Wasserlassen | Uhrzeit: _____ | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß |
| <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf | | <input type="checkbox"/> Schnarchen |
| <input type="checkbox"/> Bauchlage | <input type="checkbox"/> Seitenlage | <input type="checkbox"/> Rückenlage |

22. Was gilt es bzgl. Ihrer Zähne/Füllungen zu berücksichtigen?

- | | | |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gold / Kronen | <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung | <input type="checkbox"/> tote Zähne |
| <input type="checkbox"/> Implantate | <input type="checkbox"/> Brücken | <input type="checkbox"/> Weisheitszähne _____ |
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt, wann? | _____ |

23. Sind Schilddrüsen-Erkrankungen bekannt?

- nein ja, welche _____

24. Wie hoch ist Ihre psychische Belastung (Stress) auf einer Skala von 1-10? _____

25. Für Patientinnen:

- | | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Monatsblutung | <input type="checkbox"/> regelmässig | <input type="checkbox"/> unregelmässig |
| | <input type="checkbox"/> schmerzhaft | |
| <input type="checkbox"/> Ausfluss | <input type="checkbox"/> Zysten / Myome | <input type="checkbox"/> Tumore |
| <input type="checkbox"/> Geburten | <input type="checkbox"/> Fehlgeburten | <input type="checkbox"/> Ausschabungen |
| <input type="checkbox"/> Menopause seit _____ | | <input type="checkbox"/> klimakterische Beschwerden |

Verhütung _____

26. Für Patienten:

- Prostataprobleme Beschwerden beim Wasserlassen sonstiges _____

Vielen Dank für Ihre Offenheit.

Bitte bringen Sie Ihre aktuellen Blutbilder und Befunde zum ersten/nächsten Termin mit.

Datum, Unterschrift _____