



## Anamnese – Fragebogen

- Bitte füllen sie den Fragebogen so genau wie möglich aus, nehmen sie sich genug Zeit
- Bei den Beispielen genügt es zutreffendes zu unterstreichen, ansonsten beantworten sie die Fragen mit eigenen Worten
- Jedes Symptom, jede Krankheit bitte mit Datum des Erscheinens/ Ausbruchs versehen
- **Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht!!!**

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

Telefon:

Email:

Vorname:

Beruf:

PLZ/ Ort:

Handy:

Familienstand/Kinder:

Versicherung: gesetzlich/ Selbstzahler    Beihilfe/Post    Privatversicherung

Welche Beschwerden führen Sie in meine Praxis?

Was ist ihr Wunsch an mich, was ist ihr Ziel?

Gab es kurz vor dem ersten Auftreten ihrer jetzigen Beschwerden einen Auslöser?  
(Trauerfall, Streit, Hautausschläge, Impfungen, Operationen, Schwangerschaft/Geburt, Kummer, Grippe usw.)

Gab es schwere Schicksale in Ihrer Familie oder Herkunftsfamilie (väterlich & mütterlich)?

Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister  
z.B. Tbc, Krebs, Herzkrankheiten Gefäßkrankheiten, Diabetes, Rheuma, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis .....



Welche Auffrischimpfungen haben sie bekommen?

Gab es Reaktionen nach einer Impfung?

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen

Welche Infektionskrankheiten haben sie durchgemacht?

Masern Mumps Röteln Keuchhusten Windpocken Röteln Hand- Fußkrankheit Scharlach  
Kinderlähmung Malaria Salmonellen Ruhr Pfeiffersches Drüsenfieber Tuberkulose Diphterie  
FSME Borreliose Hirnhautentzündung Gürtelrose Toxoplasmose sonstige

Gibt es Allergien?

Pollen/ wann:

Nahrungsmittel:

Andere:

Wie äußert sich die Allergie?

Wurden Sie schon einmal getestet? Wenn Ja, auf was haben Sie reagiert?

In welchem Zeitraum treten Reaktionen auf? Minuten/Stunden/Tage .....

Wie oft und wann zuletzt wurden sie schon mit Antibiotika und Cortison behandelt?

## **Kopf**

Leiden sie unter Kopfschmerzen/ Migräne? Wenn ja, wie häufig und seit wann?

Wo empfinden sie den Kopfschmerz?

Stirn Augen Schläfen Hinterhaupt halbseitig-links halbseitig-rechts wandernd  
erstreckt sich von

Gibt es den Kopfschmerz begleitende Symptome?

Leiden sie unter Schwindel? Seit wann? Wie oft?

**Haare:**

Allgemeiner starker Haarausfall kreisrunder Haarausfall Schuppen Flechten Ekzeme..... o.ä.

**Augen:**

Gerstenkörner Grauer oder Grüner Star Makuladegeneration Bindehautentzündungen ....o.ä.

**Ohren:**

Ausfluss chronische Mittelohrentzündung Schmerzen Ohrgeräusche Tinnitus Gehörgangsentzündungen  
Paukenröhrchen Schwerhörigkeit ....o.ä.

**Schilddrüse:**

Überfunktion Unterfunktion Knoten Kropfbildung Hashimoto .....o.ä.

**Zähne/ Kiefer:**

Zahnfleischbluten Wurzelfüllungen empfindliche Zähne Zahnfisteln Aphten Mundgeruch

starker Speichelfluss...o.ä



Haben sie Amalgam- Füllungen? Wie viele?  
Wurden Amalgamfüllungen entfernt? Wann?

Wurde anschließend eine Ausleitung durchgeführt? Ja Nein  
Womit wurde ausgeleitet?

Welche Zahnfüllungen haben sie aktuell?  
Amalgam Gold Kunststoff Keramik Implantate

Wurden sie schon mal im Mundbereich operiert?  
Nase:  
Polypen Nasennebenhöhlenentzündungen allergischer Schnupfen Nasenbluten sonstiges

Hals:  
Mandelentzündungen Lymphknotenschwellungen Abszesse Heiserkeit sonstiges

Brust:  
Herzrasen Herzrhythmusstörungen Beklemmungen Herzstechen Bypässe Shunts Stants Infarkt  
Koronare Herzkrankheit Hoher Blutdruck Niedriger Blutdruck sonstiges

Mammae:  
Brustkrebs Brustwarzenentzündung Brustentzündung Ausfluss Schmerzen sonstiges

Lungen:  
Bronchitis Lungenentzündung Auswurf Husten Tbc Mukoviszidose Allergien Raucher  
sonstiges

Leber / Galle:  
Hepatitis Leberzirrhose Fettleber Zysten Tumor Gallensteine Gallengries Koliken  
Gelbfärbung der Augen sonstiges

Magen:  
Völlegefühl Sodbrennen Übelkeit Erbrechen Nahrungsmittelunverträglichkeiten Appetitlosigkeit  
Geschwüre Schleimhautentzündung Tumor Helicobacter Pylori sonstiges

Darm:  
Blähungen Polypen Morbus Crohn Colitis ulcerosa Pilze Entzündung Tumor Geschwür  
Divertikel Reizdarm sonstiges

Stuhlgang:  
täglich jeden 2. / 3. / 4. Tag unregelmäßig riecht nach:  
Neigung zu Verstopfung Durchfall Auflagerung Blut oder Schleim  
hell dunkel weich schmierig bleistiftartig kann Stuhl nicht halten sonstiges

Arme/ Beine:  
Verletzungen Schmerzen Tennisellbogen Karpaltunnelsyndrom Krampfadern Taubheitsgefühl  
kalte Hände/ Füße Operationen sonstiges

Rücken:  
Bewegungseinschränkungen Verspannungen Rheuma Skoliose Blockaden sonstiges

Haut/Nägel:  
Verbrennungen Geschwüre Hautjucken Warzen Pilze Nagelbettentzündungen Ekzeme  
sonstiges



### Narben:

Kopf Ohrenkorrekturen Mandel OP Nasen OP Lippen- Zungenbändchen Polypen Impfnarben  
Tattoos Piercings Frakturen Bänderriss Muttermalentfernung Hüft-Knie OP  
Lipomentfernung Blinddarm Beschneidung Kaiserschnitt Furunkelentfernung Nagel OP  
Magen-Darm OP Kaiserschnitt Verbrennungen sonstiges  
Sonstige?

### Gynäkologie/ Unterleib

Ausfluss Eierstockentzündungen Ausschabungen Fehlgeburten Tumore Zysten Myome Geschlechtskrankheiten  
Endometriose sonstiges  
Geburten Wie viele? Verlauf? Besonderheiten?

### Menses

Erste Menses: \_\_\_\_\_ Letzte Menses: \_\_\_\_\_ Beschwerden vor / während / nach der Regel Gemüt?

Klimakterische Beschwerden:

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche?

Beschwerden mit der Prostata?

### Niere/ Blase:

Häufig Blasenentzündung Nierensteine

### Harn:

viel wenig häufig kann nicht halten schmerzhaft nachts Geruch nach

### Sexualität:

vermindert verstärkt unbefriedigt Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

### Allgemeines

Aktuelles Körpergewicht:

Körpergröße:

Blutgruppe:

Trinken Sie Alkohol?

Blutdruck:

Rauchen Sie?

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Wieviel Wasser trinken Sie am Tag?

Nehmen Sie Zuckerstoffe zu sich?

Wie ist ihr Appetit?

Treiben Sie Sport? Welchen?

Seit wann?

Wie ist ihr Schlaf?

Erwachen? Uhrzeit:

Schlafzeit von : \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

knirschen, schnarchen, wandeln, Apnoe? Unruhe.....

Immunität: Infekte pro Jahr \_\_\_\_\_

Stress- Belastungslevel: schwach mittel stark  
1 2 3 4 5 6 7 9 10

Welche elektrischen Geräte befinden sich in Ihrem Schlafzimmer?

Verwenden sie ein DECT Telefon ohne Eco-Mode (schnurlos)?

Haben Sie Wlan im Haus oder in der Wohnung?

Ist ein Hochspannungs – oder Sendemast in Ihrer Nähe?

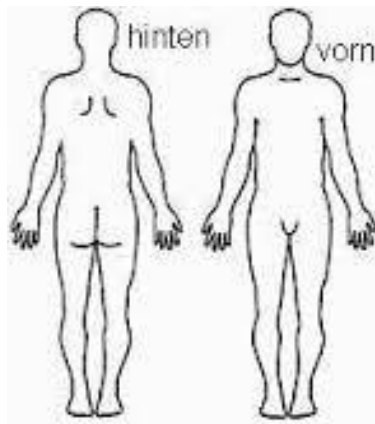


Bitte schreiben Sie einige Lebensmittel auf, die Sie oft oder täglich konsumieren!

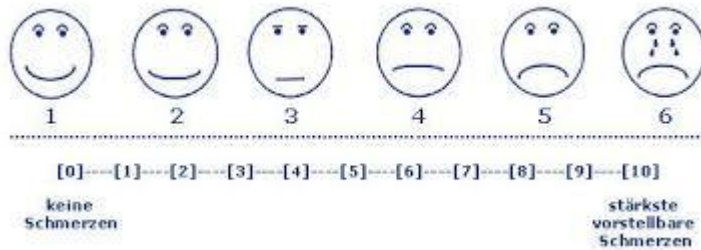
Haben Sie Haustiere? Welche? Wie lange?

## Schmerzen

Wo treten Schmerzen auf?



Wie stark sind die Schmerzen?



Wie oft haben sie Schmerzen?

Seit wann haben Sie diese Schmerzen?

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Welche Qualität hat der Schmerz?

ziehend brennend stechend klopfend drückend krabbelnd reißend dumpf kolikartig krampfend  
beengend bohrend sonstiges

Welche Ereignisse verschlimmern?

Körperliche Belastung stehen sitzen gehen Stress Kälte Wärme Nahrungsmittel Husten Niesen  
Tageszeit Wetterlage Monatsblutung Sonstiges



**Welche Ereignisse verbessern?**

Ruhe Schlaf Bewegung Kälte Wärme Sport Schmerzmittel Urlaub sonstiges

**Andere Symptome zum Schmerz...**

Hautrötung Blässe Schwellung Berührungsempfindlichkeit Schweißbildung Seh- oder Hörstörungen  
 Gangunsicherheit Muskelschwäche Müdigkeit Schwindel Bewegungseinschränkung  
 sonstiges

Schmerzbehandlung bisher, wie?

Welche Medikamente (auch Nahrungsergänzungsmittel) nehmen Sie zur Zeit ein?

**Chronologische Krankengeschichte**

Bitte erfassen Sie **alle** bisherigen Erkrankungen Operationen und dramatische Ereignisse, die Sie durchgemacht haben, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen.

Welches Lebensjahr?	Ereignis, Lebenssituation, einschneidende Erlebnisse, besondere Situationen	Krankheiten, Symptome, Operationen, Unfälle, etc.

**Ich freue mich auf Sie und eine Gute Zusammenarbeit!**