



# Anamnese-Fragebogen

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Strasse/ Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst genau aus und **senden ihn vorab zu**. Der ausgefüllte Bogen erlaubt eine gezieltere Anamnese und ist **Voraussetzung für die Terminvergabe**.

Wenn Sie **Vorbefunde** haben, bringen Sie diese bitte mit.

Der Inhalt des Fragebogens wird absolut vertraulich behandelt. Für Sie heikle Themen müssen Sie nicht schriftlich darlegen und können sie sich für das persönliche Gespräch aufheben.

**Wenn es Ihnen aus gesundheitlichen Gründen zu schwerfällt, den Bogen auszufüllen, erarbeiten wir die Antworten im Gespräch.**

**Auch einen teilweise ausgefüllten Bogen bitte zusenden, wir sparen damit Zeit und es bleibt mehr für das individuelle Gespräch.**

***Feld für ärztliche Notizen – bitte leer lassen***

Erstanamnese am: \_\_\_\_\_

Mitschrift:    AB    KR    GS    MS

---



---



---



---



**Zutreffendes bitte deutlich sichtbar ankreuzen**

**IHRE AKTUELL WICHTIGSTEN BESCHWERDEN**

(zur **Vorgeschichte** nächste Seite)

Mit den genannten Symptomen bin ich bereits in ärztlicher Behandlung (bitte ankreuzen):

- 1. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_
- 8. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_
- 9. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_
- 10. \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

**Ich bin (ggf. zusätzlich) in Behandlung bei einer/em**

HEILPRAKTIKER/IN	<input type="checkbox"/>
PHYSIOTHERAPEUT/IN	<input type="checkbox"/>
OSTEOPATHIN/EN	<input type="checkbox"/>
ANDERE:	<input type="checkbox"/>

**Gibt es irgendetwas Besonderes, unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

Erkrankung	<input type="checkbox"/>
Operation	<input type="checkbox"/>
Impfung	<input type="checkbox"/>
Kummer, Trauer, Trauma	<input type="checkbox"/>
Anderer Grund:	<input type="checkbox"/>



VORGESCHICHTE:

*Bitte erfassen Sie die **für Sie wichtigsten** bisherigen **Erkrankungen und Operationen**, die Sie durchgemacht haben oder wichtige Ereignisse, die Sie im Zusammenhang der Entwicklung Ihres heutigen Gesundheitszustandes sehen:*

A series of 18 horizontal lines provided for the patient to write their medical history.



Nehmen Sie **NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL** ein?

Vitamin D _____ IE (Einheiten) / Tag	<input type="checkbox"/>
Vitamin K2	<input type="checkbox"/>
Vitamin B:      B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> B5 <input type="checkbox"/> B6 <input type="checkbox"/> Folsäure <input type="checkbox"/>	
Mineralstoffe: Zink <input type="checkbox"/> Selen <input type="checkbox"/> Magnesium <input type="checkbox"/>	
Weitere:	
Aminosäuren	<input type="checkbox"/>
Probiotika	<input type="checkbox"/>
Ich nehme noch weitere und bringe eine Liste mit	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie **MEDIKAMENTE** ein?

Gegen Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungshemmer:	<input type="checkbox"/>
Statine gegen zu hohes Cholesterin:	<input type="checkbox"/>
Magensäureblocker:	<input type="checkbox"/>
Gegen Gicht:	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel:	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel:	<input type="checkbox"/>
Gegen Entzündungen:	<input type="checkbox"/>
Ich nehme noch weitere und bringe eine Liste mit	<input type="checkbox"/>

Haben Sie **KUREN** oder andere **VORBEUGENDE MASSNAHMEN** durchgeführt?

Hatten Sie mal einen <b>Kuraufenthalt</b> ? Weswegen? Wann:	<input type="checkbox"/>
<b>Darmsanierung</b> Womit: _____ Wie lange: _____      Wie oft: _____	<input type="checkbox"/>
<b>Darmreinigung</b> <input type="checkbox"/> Mit Präparaten zum Einnehmen: _____ <input type="checkbox"/> Mit Einläufen / Colon-Hydro-Therapie	<input type="checkbox"/>
<b>Nierenreinigung</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Leberreinigung</b>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie mal eine **CHELAT-Therapie / SCHWERMETALL-Ausleitung?**

<b>Wann:</b> _____  <b>Wie oft:</b> _____  <b>Womit:</b> _____  <b>Wie wurde sie vertragen?</b>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------



Hatten Sie mal eine CHEMO-oder/ und STRAHLENTHERAPIE?

Wann: _____	<input type="checkbox"/>
Wie oft: _____	
Womit: _____	

**ALLGEMEIN:**

Ich bin öfter <b>erkältet</b>	<input type="checkbox"/>
Auch wenn ich mich krank fühle, bekomme ich <b>kein Fieber</b>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde mal mit <b>Antibiotika</b> behandelt Wenn Ja, wann zuletzt? _____ Mit welchem Antibiotikum?	<input type="checkbox"/>
Ich bin <b>müde</b> und <b>erschöpft</b> - seit wann?	<input type="checkbox"/>
Ich treibe regelmäßig <b>Sport</b> ?	<input type="checkbox"/>
Ich <b>schwitze</b> ganz <b>normal</b> / für mich unauffällig	<input type="checkbox"/>
Ich <b>schwitze auch nachts</b>	<input type="checkbox"/>
Ich schwitze <b>nachts</b> <input type="checkbox"/> oft / <input type="checkbox"/> manchmal so stark, dass ich mich <b>umziehe</b>	<input type="checkbox"/>
Ich <b>friere</b> schnell	<input type="checkbox"/>
Ich habe <b>Narben</b> :	<input type="checkbox"/>
Ich habe <b>Tätowierungen</b> :	<input type="checkbox"/>
Ich war schon immer auch <b>ohne Training sehr gelenkig</b>	<input type="checkbox"/>

**INFEKTIONSKRANKHEITEN** Durchgemacht oder auch wiederkehrend

<input type="checkbox"/> Abszesse <input type="checkbox"/> Streptokokken <input type="checkbox"/> Staphylokokken
<input type="checkbox"/> Salmonellose <input type="checkbox"/> Durchfallerkrankung im Ausland
<input type="checkbox"/> Borreliose <input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Meningitis (Hirnhautentzündung)
<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Windpocken
<input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Kinderlähmung / Polio
<input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber (= Epstein Barr /EBV / Mononukleose / „Kissing Disease“)
<input type="checkbox"/> Lippen-Herpes <input type="checkbox"/> Genital-Herpes <input type="checkbox"/> Gürtelrose (= Herpes zoster)
<input type="checkbox"/> HPV (= Papilloma-Virus/Genitalwarzen) <input type="checkbox"/> HIV
<b>Würmer</b>
<input type="checkbox"/> Dengue- <input type="checkbox"/> Gelbfieber <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> andere:

**IMPFUNGEN:**

Jeweils Monat / Jahr

		1.	2.	3.	4.	5.	6.
<b>MMR</b> Masern, Mumps, Röteln	<input type="checkbox"/>						
<b>Gelbfieber</b>	<input type="checkbox"/>						
<b>HPV</b> Gebärmutterhals- krebs-Impfung)	<input type="checkbox"/>						
<b>Grippe</b>	<input type="checkbox"/>						
<b>Pneumokokken</b>	<input type="checkbox"/>						
<b>Gürtelrose</b>	<input type="checkbox"/>						



COVID-19:							
		1.	2.	3.	4.	5.	6.
Biontech	<input type="checkbox"/>						
Moderna	<input type="checkbox"/>						
Astra Zeneca	<input type="checkbox"/>						
Johnson & Johnson	<input type="checkbox"/>						
Andere:	<input type="checkbox"/>						

**REAKTIONEN auf IMPFUNGEN:**

Rötung / Schwellung	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>
Fieber	<input type="checkbox"/>	Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>
Krämpfe	<input type="checkbox"/>	Seitdem häufige Infekte	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit / Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	Anhaltende Schwäche	<input type="checkbox"/>
Unruhe	<input type="checkbox"/>	Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	Schwindel	<input type="checkbox"/>
Stimmungsveränderungen	<input type="checkbox"/>	Tinnitus	<input type="checkbox"/>
Antriebsschwäche	<input type="checkbox"/>	Andere:	<input type="checkbox"/>

**GEWICHT:**

Ich möchte <b>abnehmen</b> _____ kg	<input type="checkbox"/>	Ich möchte <b>zunehmen</b> _____ kg	<input type="checkbox"/>
Ich habe <b>abgenommen</b> _____ kg	<input type="checkbox"/>	Ich habe <b>zugunommen</b> _____ kg	<input type="checkbox"/>
Mein Gewicht ist konstant bei _____ kg seit: _____			<input type="checkbox"/>

**ERNÄHRUNG:**

Ich möchte meine <b>Ernährung anpassen / ändern</b>	<input type="checkbox"/>
Ich lebe nach <b>bestimmten Ernährungsrichtlinien</b> <b>vegetarisch</b> <input type="checkbox"/> <b>Vegan</b> <input type="checkbox"/> <b>Milchprodukte, keine / sehr wenige</b> <input type="checkbox"/> <b>Glutenfrei</b> <input type="checkbox"/> <b>Andere:</b>	
Ich esse mind. 1 x / Woche <b>Fisch</b> oder <b>Sushi</b>	<input type="checkbox"/>
Ich <b>frühstücke regelmäßig</b>	<input type="checkbox"/>
Ich mache <b>Intervallfasten</b>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eigentlich <b>ständig Appetit</b>	<input type="checkbox"/>
Ich habe oft <b>Heißhungerattacken</b>	<input type="checkbox"/>
Ich <b>faste</b> regelmäßig _____ / Jahr	<input type="checkbox"/>
Ich esse häufig in <b>Restaurants</b>	<input type="checkbox"/>
Ich esse öfter <b>Fast-Food</b>	<input type="checkbox"/>
Ich esse überwiegend <b>Selbstgekochtes</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Nach dem Essen</b> bin ich oft sehr <b>müde</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Auf diese Lebensmittel kann/möchte ich nur schwer verzichten:</b>	



**TRINKVERHALTEN:**

Ich <b>trinke</b> täglich ca. _____ Liter
Ich trinke meist <b>Wasser</b> <input type="checkbox"/> <b>mit Kohlensäure</b> <input type="checkbox"/> <b>viel Leitungswasser ohne Filter</b> <input type="checkbox"/> <b>nur gefiltertes Wasser</b> <input type="checkbox"/> <b>Cola oder andere Softdrinks</b>
Wenn Sie <b>zuviel Alkohol</b> trinken, müssen Sie das hier nicht schriftlich angeben, aber teilen Sie es mir gerne im Gespräch mit. Niemand wird verurteilt, es gibt Neigungen zu Suchtverhalten, das man günstig beeinflussen kann. Wir sind auch hier für Sie da. Dasselbe gilt für <b>Drogenkonsum</b> .

**ALLERGIEN und NAHRUNGSMITTELUNVERTRÄGLICHKEITEN:**

Ich habe <b>Allergien</b> (also Schwellungen, Ausschlag, Zungenbrennen) <b>gegen:</b>
Ich habe / vermute <b>Nahrungsmittelunverträglichkeiten</b> <input type="checkbox"/> <b>Laktose</b> <input type="checkbox"/> <b>Fruktose</b> <input type="checkbox"/> <b>Milch</b> (produkte) <input type="checkbox"/> <b>Gluten</b> <input type="checkbox"/> <b>Histamin</b> <input type="checkbox"/> <b>Eier</b> <input type="checkbox"/> <b>Fettes</b> <input type="checkbox"/> <b>Anderes:</b>
Ich habe oft <b>Verlangen nach</b> <input type="checkbox"/> <b>Süß</b> <input type="checkbox"/> <b>Sauer</b> <input type="checkbox"/> <b>Salzig</b> <input type="checkbox"/> <b>Fleisch</b> <input type="checkbox"/> <b>Kaffee</b> <input type="checkbox"/> <b>Lakritze</b> <input type="checkbox"/> <b>Anderes:</b>
Ich habe eine <b>Abneigung gegen</b> <input type="checkbox"/> <b>Süß</b> <input type="checkbox"/> <b>Sauer</b> <input type="checkbox"/> <b>Salzig</b> <input type="checkbox"/> <b>Fleisch</b> <input type="checkbox"/> <b>Kaffee</b> <input type="checkbox"/> <b>Lakritze</b> <input type="checkbox"/> <b>Anderes:</b>

**TIERE:**

Ich habe ein <b>Haustier:</b>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ein Haustier aus dem <b>Tierschutz</b> adoptiert (Land: _____)	<input type="checkbox"/>
Ich habe / hatte <b>regelmäßigen</b> Kontakt zu Tieren <input type="checkbox"/> <b>Hunden</b> <input type="checkbox"/> <b>Katzen</b> <input type="checkbox"/> <b>Vögeln</b> <input type="checkbox"/> <b>Pferden</b> <input type="checkbox"/> <b>Schweinen</b> <input type="checkbox"/> <b>Kühen</b> <input type="checkbox"/> <b>Schafen</b> <input type="checkbox"/> <b>Nagetieren</b> <input type="checkbox"/> <b>Anderer</b>	
Ich war öfter (auch als Kind) auf einem <b>Bauern- / Reiterhof</b>	<input type="checkbox"/>

**AUSLANDSAUFENTHALTE:**

Ich war schon mal in <input type="checkbox"/> <b>Asien</b> <input type="checkbox"/> <b>Afrika</b> <input type="checkbox"/> <b>Südamerika</b>	
Ich hatte im Ausland oder danach <b>Fieber</b> oder <b>Durchfall</b> ?	<input type="checkbox"/>
Ich hatte im Ausland <b>Insekten-</b> oder <b>Stiche</b> anderer Tiere:	<input type="checkbox"/>

**SCHLAF:**

Ich schlafe meist _____ <b>Stunden</b>	
Ich werde <b>abends</b> <input type="checkbox"/> <b>vor 22 Uhr müde</b> <input type="checkbox"/> <b>oft aktiv / kreativ</b>	
Ich gehe oft <b>nach Mitternacht</b> schlafen	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schwierigkeiten beim <input type="checkbox"/> <b>Einschlafen</b> <input type="checkbox"/> <b>beim Durchschlafen</b>	
Ich muss <b>nachts zur Toilette</b>	<input type="checkbox"/>
Ich <b>träume</b> <input type="checkbox"/> <b>nicht / kaum / selten</b> <b>erinnerlich</b> <input type="checkbox"/> <b>lebhaft</b>	<input type="checkbox"/>
Ich bin <b>morgens unausgeschlafen</b> und muss mich oft <b>auffressen, aufzustehen</b>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, dass ich nachts <b>Atemaussetzer</b> (Apnoen) habe	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, dass ich <b>schnarche</b>	<input type="checkbox"/>



**INDIVIDUELLER STOFFWECHSEL:**

Ich <b>vertrage kaum Alkohol</b> , z.B. bin ich bei <b>Sekt schnell beschwipst</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Rotwein</b> vertrage ich gar nicht	<input type="checkbox"/>
Auf <b>Medikamente</b> habe ich schon empfindlich / mit stärkeren <b>Nebenwirkungen reagiert</b>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine <b>Betäubung</b> (Zahnarzt) / <b>Narkosen</b> schlecht vertragen	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine <b>Medikamenten-Allergie</b> gegen <input type="checkbox"/> <b>Salicylate (Aspirin)</b> <input type="checkbox"/> <b>Penicillin</b> <input type="checkbox"/> <b>Andere:</b>	
Auf <b>Gerüche</b> reagiere ich <input type="checkbox"/> <b>empfindlich</b> <input type="checkbox"/> <b>stark</b> (z.B. Kopfschmerzen, Übelkeit)	<input type="checkbox"/>
Ich <b>rauche</b> ___ Zigaretten/ Tag <input type="checkbox"/> habe <b>früher geraucht</b>	
Mein <b>Haut</b> reagiert <b>empfindlich</b> auf <input type="checkbox"/> <b>Sonne</b> <input type="checkbox"/> <b>Kosmetika</b> <input type="checkbox"/> <b>bestimmte Nahrungsmittel:</b>	
Ich bin so empfindlich, dass ich <b>alle Schildchen</b> in Kleidungsstücken <b>entferne</b>	<input type="checkbox"/>
Mir läuft beim Essen oft die <b>Nase</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Insektenstiche</b> werden bei mir richtig große Schwellungen	<input type="checkbox"/>
Ich neige zu <b>Nasenbluten</b>	<input type="checkbox"/>
Ich neige zu <b>blauen Flecken</b>	<input type="checkbox"/>
Meine <b>Wunden</b> heilen schlecht	<input type="checkbox"/>
Manchmal sieht mein <b>Augenweiß gelblicher</b> aus	<input type="checkbox"/>
♀ Meine <b>Stimmung schwankt(e)</b> bei der <b>Regelblutung</b>	<input type="checkbox"/>
Meine <b>weißen Blutkörperchen</b> waren schon immer niedrig	<input type="checkbox"/>
Mein <b>Eisenwert</b> war häufig niedrig	<input type="checkbox"/>
Ich war <b>noch nie sportlich</b>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen hohen <b>Bewegungsdrang</b>	<input type="checkbox"/>
Ich bin <b>Leistungssportler(in)</b> oder habe früher Leistungssport gemacht	<input type="checkbox"/>
Ich „ <b>hibbele</b> “ im Sitzen oft mit den <b>Beinen</b>	<input type="checkbox"/>
Ich habe (meist abends im Bett) „ <b>restless legs</b> “	<input type="checkbox"/>
Meine <b>Hände zittern</b> öfter	<input type="checkbox"/>
Ich <b>stolpere oder stoße</b> mich öfters, laufe gegen Ecken	<input type="checkbox"/>

**INDIVIDUELLES TEMPERAMENT und mentale Verfassung:**

<b>Früher</b> konnte ich mir Dinge besser <b>merken</b> , meine <b>Konzentration</b> war besser	<input type="checkbox"/>
Ich bin (sehr) leicht <b>ablenkbar</b>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nicht gut <b>warten</b>	<input type="checkbox"/>
z.B. beim <b>Autofahren</b> lasse ich mich leicht herausfordern / provozieren	<input type="checkbox"/>
Bei sportlichen Wettkämpfen bin ich sehr <b>ehrgeizig</b>	<input type="checkbox"/>
Ich mag sehr die <b>Geschwindigkeit</b>	<input type="checkbox"/>
Ich meide <b>Risiken</b>	<input type="checkbox"/>
Ich würde <b>Bungee</b> oder <b>Fallschirm springen</b> oder habe es bereits	<input type="checkbox"/>
Als <b>Kind</b> war ich ein „ <b>Klassenkasper</b> “	<input type="checkbox"/>
Ich bin eher <b>zurückhaltend / schüchtern</b>	<input type="checkbox"/>
Ich bin <b>nicht aus der Ruhe</b> zu bringen	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft <b>gereizt</b> , aber ich <b>beherrsche</b> mich sehr	<input type="checkbox"/>
Ich fahre schnell aus der Haut bzw. werde <b>schnell wütend</b>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> meine <b>Stimmung</b> ist oft <b>wechselhaft</b> („himmelhochjauchzend, zu Tode betrübt“)	<input type="checkbox"/>
Ich <b>weine</b> manchmal fast grundlos	<input type="checkbox"/>





Ich habe eigentlich immer <b>gute Laune</b>	<input type="checkbox"/>
Bei Ärger <b>kreisen meine Gedanken</b> lange darum	<input type="checkbox"/>
Ich neige zum <b>Grübeln</b>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir häufig <b>Sorgen um andere</b>	<input type="checkbox"/>
Ich übernehme gerne <b>Verantwortung</b>	<input type="checkbox"/>
Ich habe <b>Lampenfieber</b>	<input type="checkbox"/>
Vor <b>Publikum</b> zu sprechen fällt mir leicht, ich mag es sogar	<input type="checkbox"/>
Ich tue oft <b>mehrere Dinge gleichzeitig</b>	<input type="checkbox"/>
Ich bin schnell <b>gestresst</b> bzw. wenig belastbar	<input type="checkbox"/>
Ich <b>fange</b> oft etwas <b>an ohne</b> es zu <b>beenden</b>	<input type="checkbox"/>
Ich <b>verschiebe</b> oft Dinge, die ich ungern tue oder muss mich <b>sehr aufraffen</b>	<input type="checkbox"/>
Oft gehe ich <b>von einem Raum zum anderen</b> und <b>weiß nicht mehr, was ich wollte</b>	<input type="checkbox"/>
Ich muss mir am Besten <b>alles notieren</b>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mir keine <b>Namen merken</b>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mir keine <b>Gesichter merken</b>	<input type="checkbox"/>
Mir <b>fallen Worte</b> oft nicht ein	<input type="checkbox"/>

**ELEKTROMAGNETISCHE STRAHLUNG UND FUNKBELASTUNG:**

Ich <b>telefoniere viel</b> mit dem <b>Handy</b>	<input type="checkbox"/>
Bei <b>Handytelefonaten</b> halte ich es meist <b>am Ohr</b>	<input type="checkbox"/>
Ich <b>reise</b> oft mit dem <b>Flugzeug</b>	<input type="checkbox"/>
Ich <b>reise</b> oft mit dem <b>Zug</b>	<input type="checkbox"/>
Ich <b>fahre täglich mehr als 1 Stunde</b> mit dem <b>Auto</b>	<input type="checkbox"/>
Ich fahre ein <b>Elektroauto</b>	<input type="checkbox"/>
Ich <b>tracke</b> meinen <b>Schlaf</b>	<input type="checkbox"/>
Ich habe <input type="checkbox"/> ein <b>schnurloses Telefon</b> <input type="checkbox"/> <b>mein Handy nachts eingeschaltet</b> am Bett <input type="checkbox"/> <b>Geräte im Standby im Schlafzimmer</b> <input type="checkbox"/> ein „ <b>Smart Home</b> “ Ich schlafe in einem <input type="checkbox"/> <b>Wasserbett</b> <input type="checkbox"/> <b>Motor-verstellbarem Bett</b>	
Ich habe viele benachbarte <b>Wlan-Router</b> in meinem privaten und / oder beruflichen Umfeld	<input type="checkbox"/>
In meiner Nähe steht ein <b>Funkmast ca. _____ Meter</b> entfernt	<input type="checkbox"/>
Ich koche mit einem <input type="checkbox"/> <b>Induktionsherd</b> Ich benutze eine <input type="checkbox"/> <b>Mikrowelle</b>	

**UMWELTGIFTE / CHEMIKALIEN**

Ich habe / vermute eine <b>Schimmelpilzbelastung</b>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einige <b>Energiesparlampen</b> ( <i>es sind nicht LED-Lampen gemeint</i> )	<input type="checkbox"/>
Ich halte mich in Räumen mit <b>neuen Möbeln / Teppichen</b> auf oder die <b>frisch gestrichen</b> sind	<input type="checkbox"/>
Ich habe <b>viel Kontakt</b> mit <input type="checkbox"/> <b>Reinigungsmitteln</b> <input type="checkbox"/> <b>Holzschutz-, Insektenvernichtungs-, und / oder Pflanzenschutzmitteln</b> <input type="checkbox"/> nicht biologischen <b>Körperpflegemitteln /Haarsprays /Haarfärbemitteln</b> <input type="checkbox"/> <b>neuer Kleidung</b> <input type="checkbox"/> <b>Abgasen, Benzin, Motoröl, Autoreifen</b> <input type="checkbox"/> <b>Lacken, Farben</b> <input type="checkbox"/> <b>Andere:</b>	



von **KOPF bis FUSS** – Zutreffendes bitte ankreuzen

**HAUT**

- Hautausschläge  juckend
- Brennen der Haut
- Wund / rissig
- Warzen
- Pilze

**NÄGEL**

- sehr weiche Nägel
- rissige, leicht einreißende Nägel
- Nagelbettentzündungen
- öfter einwachsende Nägel
- Nagelpilz

**KOPF**

- Schmerzen: \_\_\_\_\_
- Migräne
- Haarausfall seit: \_\_\_\_\_

**AUGEN**

- Schmerzen
- wiederholte Entzündungen
- Gerstenkörner
- Glaukom
- grauer oder grüner Star
- Andere: \_\_\_\_\_

**OHREN**

- Ohrgeräusche / Tinnitus, seit: \_\_\_\_\_
- Ohrendruck oder -Schmerzen
- Mittelohrentzündungen
- Schwerhörigkeit

**NASE**

- Heuschnupfen
- oft /dauerhaft behinderte Nasenatmung
- häufige Nasennebenhöhlen-Entzündungen

**RACHEN / MANDELN**

- Mandelentzündungen
- Schluckbeschwerden
- Heiserkeit / häufiges Räuspern

**MUND**

- rissige Lippen
- eingerissene Mundwinkel
- Lippenherpes
- Zungenbrennen

**LUNGE**

- Wiederholt Husten
- Chronische Bronchitis
- Asthma
- Atemnot z.B. beim Treppensteigen
- Chronische Lungenerkrankung (= COPD / COLD)
- Lungenentzündung(en)

**SCHILDDRÜSE**

- Vergrößerung
- Überfunktion
- Unterfunktion
- Hashimoto
- Knoten, Zysten

**BRUSTDRÜSE**

- Knoten, Zysten
- mehrere Mammographie(n)
- Anderes: \_\_\_\_\_

**HERZ**

- Stechen
- Beklemmung oder Druckgefühl
- Beschwerden bei Anstrengung
- Rhythmusstörungen
- Herzfehler
- Herzinfarkt gehabt: \_\_\_\_\_

Herz-OP?

- Bypass
- Stent(s)
- Herzklappenersatz
- Herzfehler
- Herzkatheteruntersuchung
- Andere: \_\_\_\_\_
- Herzschrittmacher
- Defibrillator



von **KOPF bis FUSS** – Zutreffendes bitte ankreuzen

**ZÄHNE / KIEFER**

Parodontose / Parodontitis

**Füllungen**

Gold  aber entfernt

Amalgam  aber entfernt

Kunststoff

Keramik

Zahnversiegelung

Wurzelbehandelte / tote Zähne

Brücken

ich habe von Kindheit an Probleme mit den Zähnen

**Implantate:**

Titan \_\_\_\_\_ Stück, seit \_\_\_\_\_

Zirkon \_\_\_\_\_ Stück, seit \_\_\_\_\_

Ich hatte eine „Nico“-OP

bei mir wurde ein Kieferknochen-Aufbau durchgeführt

Wenn Sie eine **Panorama-Aufnahme** von Ihrem Kiefer haben, bringen Sie diese falls möglich bitte mit

**WIRBELSÄULE**

Schmerzen Wo? \_\_\_\_\_

Verspannung  Knacken

Hexenschuss  Ischias

Bandscheiben-Vorfall

Seitliche Verkrümmung (Skoliose)

ich hatte einen Auffahrunfall

Wirbelkörperbruch / -brüche

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**SCHULTERN / ARME / HÄNDE**

Schmerzen in Gelenken

Schmerzen in Muskeln

Brennen

Kribbeln / „Ameisenlaufen“

leichtes Einschlafen/ Taubheitsgefühl

(Muskel-)Zuckungen

Kalte Hände

Eiskalte Hände mit Weisswerden der Finger (= M. Raynaud)

Verletzung: \_\_\_\_\_

**HÜFTE / BEINE / FÜSSE**

Schmerzen in Gelenken

Schmerzen in Muskeln

Brennen

Kribbeln / „Ameisenlaufen“

Einschlafen oder Taubheitsgefühl

Öfter kalte Füße

Eiskalte Füße / Socken im Bett

Unruhe in den Beinen / „Restless Legs“

Besenreißer

Krampfadern

Cellulite

Krämpfe  besonders nachts

häufiges Umknicken

geschwollene Beine

geschwollene Gelenke

Hallux (herausstehendes Großzehen-Gelenk)

Gichtanfälle

Verletzung: \_\_\_\_\_



von **KOPF bis FUSS** – Zutreffendes bitte ankreuzen

**MAGEN LEBER / GALLE /  
BAUCHSPEICHELDRÜSE**

- Oberbauch: Druck oder Schmerzen
- Fettleber
- Gallensteine
- Diabetes  Typ1  Typ2
- Morgenübelkeit
- Völlegefühl
- krampfartige Bauchschmerzen
- ...nach dem Essen
- saures Aufstossen / Sodbrennen
- lautes Magenknurren z.B. bei Hunger

**DARM**

Häufigkeit Stuhlgang: \_\_\_\_\_

- eher hart / verstopft
- eher Durchfall
- wechselnd Durchfall / Verstopfung
- Reizdarm
- Colitis ulcerosa oder M. Crohn bekannt
- Hämorrhoiden

**Auch wenn nur ab und zu mal:**

- plötzlich heftiger Stuhldrang
- Aufgedunsener Bauch,
- ...besonders nach dem Essen
- viel Luft im Bauch (mit und ohne „Pupsen“)
- Laute Darmgeräusche
- Stuhl klebt (öfter) im Toilettenbecken
- Stuhl schwimmt öfter oben
- schleimig, Schleimauflagerungen

**NIERE / BLASE / GESCHLECHTSORGANE**

- Blasen-Entzündungen
- ...die mit Antibiotika behandelt wurden
- Schmerzen beim Wasserlassen
- häufiger Harndrang
- kann Urin oft nicht halten
- auffälliger Geruch
- Nierensteine (gehabt)
- Pilzinfektionen
- Chlamydien mal nachgewiesen
- Trichomonaden mal nachgewiesen
- andere: \_\_\_\_\_

**Nur FRAUEN: Regelblutung:**

- Beschwerden vor der Regelblutung
- Blutung klumpig
- (war) sehr stark
- (war) sehr schmerzhaft
- Zyklus regelmäßig \_\_\_\_\_ Tage
- Zyklus unregelmäßig
- kein Zyklus
- Menopause
- Pille  Kupfer-  Hormon-Spirale
- Endometriose
- Zysten
- Myome
- ich hatte \_\_\_\_\_ Kaiserschnitt(e)
- ich habe \_\_\_\_\_ auf normalem Weg entbunden
- ich hatte \_\_\_\_\_ Fehlgeburt(en)

**FAMILIEN- UND SOZIALE ANAMNESE**

<b>Familienstand:</b>	
<b>Kinder:</b> _____ Tochter / Töchter	_____ Sohn / Söhne
<b>Geschwister:</b> _____ Schwester(n)	_____ Bruder / Brüder



Welche **Krankheiten** sind in Ihrer **FAMILIE** bekannt und **bei wem?**

Z.B. bei Ihren Eltern / Großeltern / Geschwistern / eigenen Kindern?

<b>Bluthochdruck</b> Wer:	<input type="checkbox"/>
<b>Blutgefäßverkalkung (Arteriosklerose, Bypässe, Stents)</b> Wer:	<input type="checkbox"/>
<b>Herzinfarkt, Schlaganfall</b> Wer:	<input type="checkbox"/>
<b>Depressionen, Psychose, Schizophrenie</b> Wer:	<input type="checkbox"/>
<b>Alkoholismus, Drogenabhängigkeit</b> Wer:	<input type="checkbox"/>
<b>MS, Parkinson, Demenz, Alzheimer, Epilepsie</b> Wer was:	<input type="checkbox"/>
<b>Zuckerkrankheit / Diabetes</b> Wer:	<input type="checkbox"/>
<b>Gicht</b> Wer:	<input type="checkbox"/>
<b>Nieren-/Gallensteine</b> Wer:	<input type="checkbox"/>
<b>Osteoporose</b> Wer:	<input type="checkbox"/>
<b>Arthrose / Arthritis, Rheuma, Morbus Bechterew</b> Wer was:	<input type="checkbox"/>
<b>Heuschnupfen, Asthma, Chronische Bronchitis</b> Wer was:	<input type="checkbox"/>
<b>Neurodermitis, Schuppenflechte (Psoriasis)</b> Wer was:	<input type="checkbox"/>
<b>Schilddrüsenerkrankung</b> Wer:	<input type="checkbox"/>
<b>Reizdarm, Colitis, M. Crohn</b> Wer was:	<input type="checkbox"/>
<b>Fehlbildungen oder genetische Erkrankungen</b> z.B. Down-Syndrom, Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte Wer was:	<input type="checkbox"/>
<b>Fehlgeburten</b> Wer:	<input type="checkbox"/>
<b>Krebs</b> Wer, was, wie behandelt, mit welchem Verlauf?	<input type="checkbox"/>



**AKTUELL:** Wie **belastbar** und **leistungsfähig** fühlen Sie sich auf einer Skala von **1 bis 10?** (1 = elend müde und erschöpft bis 10 = sehr gut)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**FRÜHER:** Wann hatten Sie zuletzt Ihre **volle Leistungsfähigkeit**?

**Was erwarten Sie von der Behandlung?**

---

---

---

---

---

---

---

---

Wenn Sie **Vorbefunde** haben, bringen Sie diese bitte mit.

Wir freuen uns, Sie auf Ihrem Weg zu besserer Gesundheit zu begleiten und danken für Ihr Vertrauen. Sobald wir Ihnen einen konkreten Termin anbieten können, senden wir Ihnen vorab unseren **Behandlungsvertrag** zu. Aus diesem können Sie weitestgehend die **Kosten** entnehmen. Stellen Sie alle Fragen im Termin, notieren Sie sich diese ggf. vorher oder auch, was für Sie wichtig ist, hier aber noch nicht berührt wurde. Im Gespräch gehen wir detaillierter auf die hier gestellten Fragen im Zusammenhang ein.

***Ich bestätige, den Anamnesebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt zu haben. Mir ist bewusst, dass es sich um eine privatärztliche Praxis handelt und keine der Leistungen von einer gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wird.***

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_