

Anamnesebogen



Liebe Patientin, Lieber Patient,

der vorliegende Fragebogen dient der strukturierten Erfassung Ihrer Beschwerden und der Krankheitsgeschichte. Bei einer ganzheitlichen, regulativen Therapie müssen individuelle Ursachen, die zur Entwicklung eines Symptoms oder einer Krankheit geführt haben, berücksichtigt werden. Deshalb ist dieser Fragebogen sehr ausführlich und sollte von Ihnen möglichst zu Hause in aller Ruhe ausgefüllt werden. Hinter vielen Fragen finden Sie in Klammern beispielhafte Antworten. Sie können diese gerne einfach unterstreichen, sofern diese auf Sie zutreffen. Die Beispiele haben jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit, so dass Sie weitere, für Sie zutreffende Antworten jederzeit ergänzen können.

Bitte bringen Sie neben dem ausgefüllten Fragebogen alle vorliegenden Befunde und/oder Arztberichte zu Ihrem Termin mit.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der Schweigepflicht.
Ich freue mich auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Telefon mobil

E-Mail

Hausarzt

Gesetzlich versichert bei Privat versichert bei

Zusatzversicherung bei

Familienstand | Partner/in | Kinder (wenn ja, wie viele?)

Beruf Vollzeit Teilzeit

Nehmen Sie derzeit Medikamente, Hormone und/oder Nahrungsergänzungsmittel?
(auch Verhütungsmittel, Hormone gegen Wechseljahrsbeschwerden, Schilddrüse, Blutgerinnungshemmer ...)
Wenn ja, seit wann?

Aktuelle Beschwerden

Welche Beschwerde(n) oder Erkrankung(en) ist/sind Anlass für Ihren Termin?

Gab es unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden einen Auslöser oder ein besonderes Ereignis?
(z. B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, einen Unfall, Impfungen, Grippe ...)

Seit wann bestehen diese Beschwerden und was haben Sie im Vorfeld bereits gegen diese Beschwerden unternommen?
Liegt Ihnen eine aktuelle Diagnose oder ein Befund vor?

Was verbessert, was verschlechtert die Beschwerden?
(z. B. Wärme, Schlaf, Sport ...)

Eigene Krankengeschichte

Gab es Schwierigkeiten oder Probleme bei Ihrer Geburt?

(Kaiserschnitt, Spontangeburt, Komplikationen unter der Geburt, Zangengeburt o.ä.)

Erinnern Sie sich an besondere Probleme oder Schwierigkeiten aus Ihrer Kindheit?

(z. B. Sind Sie gestillt worden, Bettnässen, Verhaltensauffälligkeiten oder Ängste, spätes Laufen oder Sprechen lernen ...?)

Welche Infektionskrankheiten hatten Sie bereits?

(z. B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhöe (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Zeckenbisse ...)

Gab es in Ihrer Kindheit oder im Erwachsenenalter Impfreaktionen? Wenn ja, welche?

Haben Sie sonstige schwerwiegende Erkrankungen durchgemacht?

(z.B. Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Geschlechtskrankheiten, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Schuppenflechte ...)

Welche Operationen wurden an Ihnen vorgenommen? (Bitte auch jeweils das Jahr angeben)

Welche Verletzungen und/oder Unfälle hatten Sie?

(Gehirnerschütterung, Knochenbrüche, Unfälle, Erfrierungen, Schock, Autounfälle, Bänderrisse ...)

An welchen Stellen Ihres Körpers befinden sich Narben und wovon? (Bitte auch jeweils das Jahr angeben)

Leiden Sie an häufig wiederkehrenden Infekten? Hauptsächlich im Winter, in anderen Jahreszeiten?

(z.B. Nasennebenhöhlenentzündung, Mandel- oder Mittelohrentzündung, Bronchitis o.ä.)

Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate mit Antibiotika (oder Cortison) behandelt?

- ja
- nein

Haben Sie Allergien?

(z.B. Tierhaare, Hausstaubmilben, Medikamente, Pollen (seit wann?) Pflanzen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Gluten ...)

Leiden Sie unter Zahnfleischentzündungen, Aphten? Haben Sie wurzelbehandelte Zähne, Implantate?

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?

- ja
- nein

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?

- ja
- nein

Welche Zahnfüllmaterialien wurden verwendet?

- Amalgam
- Kunststoff
- Gold
- Keramik

Leiden Sie (häufig) unter Kopfschmerzen? Falls ja

- häufig
- selten

Falls ja: Wo? Stirn-, Augen-, Schläfen-, Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig - links - rechts - doppelseitig

Haben Sie Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten? Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, heiße Füße, Zähneknirschen

Übliche Schlafenszeit (von - bis)

Zu Bett gehen (Uhrzeit)

Aufstehen (Uhrzeit)

Stuhlgang

Haben Sie regelmäßigen Stuhlgang?

- täglich
- jeden 2., 3. oder 4. Tag
- unregelmäßig

übel riechend/ riecht nach

- Neigung zur Verstopfung
- Neigung zum Durchfall
- Wechsel Verstopfung + Durchfall

Konsistenz

- schnittfest
- hart
- knollig
- weich
- pastenartig

Farbe

- hellbraun
- dunkelbraun
- kann Stuhl nicht halten
- Gefühl, nicht fertig zu werden
- Stuhlgang wechselhaft usw.

Allgemeines

Ihr aktuelles Körpergewicht

Ihre Körpergröße

Ihre Blutgruppe

Blutdruck

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

Gibt es Speisen, die Sie nicht vertragen?

Nach welchen Speisen haben Sie besonderes Verlagen?

Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?

Wieviel Durst haben Sie?

- viel
- normal
- wenig

Trinken Sie Alkohol?

- Nie
- Selten
- Regelmäßig

Rauchen Sie?

- ja
- nein

Wie ist Ihre Wärmeregulierung? (z.B. kalte Hände/Füße, Frösteln, Hitzewallungen, Fieberneigung)

Schwitzen Sie? (leicht, gar nicht, bei Anstrengung, Aufregung, nachts, an welchen Körperstellen?)

Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann? Wie oft und wie lange?

Betreiben Sie „aktiv“ Entspannung mittels Meditation, Yoga o.ä.?

Hat sich in letzter Zeit etwas an Ihrer psychischen oder seelischen Verfassung verändert?

Haben Sie Ängste oder Probleme, die Sie aktuell beunruhigen?

Gibt es für Sie typische Verhaltensweisen?

(z. B. Unruhe, Nervosität, Langsamkeit, Eile, Geduld, Schreckhaftigkeit ...)

Werden Sie leicht zornig, schimpfen, „explodieren“ Sie, oder ziehen Sie sich eher zurück?

Bei welchen Gelegenheiten oder Anlässen weinen Sie?

Gab es in Ihrem Leben depressive Phasen (Suizidgedanken, Suizidversuche, tiefste Traurigkeit ...)?

Leiden Sie an einer Abhängigkeitserkrankung (stoffliche und nichtstoffliche Süchte)? Wenn ja, seit wann?

Familienanamnese

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie (insbesondere bei Eltern und Geschwistern) bekannt?

(z. B. Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Allergien, Krebs, Übergewicht, Diabetes, Tuberkulose, Hautkrankheiten, Gicht, psychische Erkrankungen, Süchte ...)
