

Anamnese-Fragebogen

(Bitte sorgfältig ausfüllen, Nichtzutreffendes streichen oder ggf. ergänzen!)



Vorname		Name	
Straße		Nr.:	
PLZ	Wohnort		
Telefon		Mobil	Krankenversicherung
E-Mail		Beruf	frühere Berufe / Tätigkeiten
Geburtstag	Alter	Familienstand seit:	Blutgruppe
		Körpergröße / cm	Gewicht / Kg

Datum:

Akute Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann? Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1	seit:
2	seit:
3	seit:
4	seit:
5	seit:

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

☐ Andere Erkrankung ☐ Trauer ☐ Operationen ☐ Kummer ☐ Schreck ☐ Hautausschläge ☐ Reise

☐ Anderes Ereignis

Welche Behandlungen haben Sie, von wem, bereits gegen die Beschwerden bekommen? Welche Erfolge wurden erzielt?

.....

.....

.....

Was erwarten Sie von unserer Behandlung?

.....

Listen Sie bitte alle Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel auf, die Sie einnehmen. (Falls notwendig, bitte gesondertes Blatt benutzen!)

Name	Seit	Warum	Dosierung
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

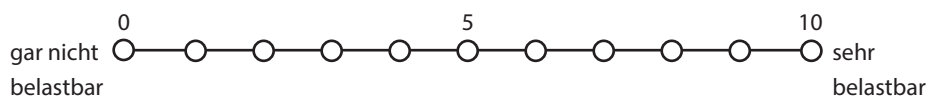
Allgemeine Symptome

- ☐ Mangelnde Konzentration
- ☐ Müde und erschöpft
- ☐ Verstärkt reizbar

- ☐ Schuldgefühle
- ☐ ungelöste Konflikte
- ☐ Ängste

- ☐ Infektionsanfälligkeit
- ☐ Neigung zur Erkältung
- ☐ häufiges Schwitzen

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich auf einer Skala von 0-10?



Fieber

- ☐ oft
- ☐ nie
- ☐ selten
- ☐ bei Infektionen

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- ☐ häufig ☐ selten ☐ nie
- ☐ Stirn/Augen/Schläfenregion
- ☐ Hinterhauptregion
- ☐ morgens ☐ abends
- ☐ halbseitig ☐ doppelseitig
- ☐ links ☐ rechts
- ☐ aus dem Nacken kommend

Auslöser der Kopfschmerzen

Was verbessert?

Was verschlechtert?

Schilddrüse

- ☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion
- ☐ Vergrößerung ☐ Operation
- ☐ Autoimmunerkrankung/Hashimoto

Leiden Sie unter Haarausfall?

- ☐ ja, seit:
- ☐ kreisrunder Haarausfall
- ☐ vereinzelter Haarausfall
- ☐ gefärbt, seit:
- ☐ Dauerwelle, seit:

Augen

- ☐ Bindehautentzündung
- ☐ kurzsichtig ☐ weitsichtig
- ☐ sonstige Beschwerden
- ☐ Brille seit:

Ohren

- ☐ Schmerzen ☐ links ☐ rechts
- ☐ Mittelohrentzündungen
- ☐ Ohrendruck ☐ links ☐ rechts
- ☐ Ohrengeräusche ☐ links ☐ rechts
- ☐ Hörminderung ☐ links ☐ rechts
- ☐ Hörgerät

Nase

- ☐ Operationen ☐ Heuschnupfen
- ☐ Nasennebenhöhlenentzündungen
- ☐ behinderte Nasenatmung
- ☐ Nase verstopft

Absonderungen

- ☐ wässrig ☐ schleimig
- ☐ eitrig ☐ grünlich
- ☐ Allergien auf:

Mandeln

- ☐ Operation
- ☐ häufige Mandelentzündungen
- ☐ als Kind
- ☐ heute

Zähne/Kiefer

- ☐ Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne
- ☐ Wurzelbehandelte Zähne
- ☐ Tote Zähne
- ☐ Wurden tote oder Weisheitszähne chirurgisch entfernt?

Temperaturempfindlichkeit?

- ☐ heiß ☐ kalt

Wurden bei Ihnen

Amalgamfüllungen entfernt?

- ☐ ja ☐ nein

Wurde danach eine Quecksilberausleitung vorgenommen?

- ☐ nein
- ☐ ja, wie?

Zahn-Füll- Ersatzmaterialien*

- ☐ Amalgam ☐ Gold
- ☐ Kunststoff ☐ Titan
- ☐ Keramik ☐ Palladium
- ☐ Implantate ☐ andere

Kiefergelenke

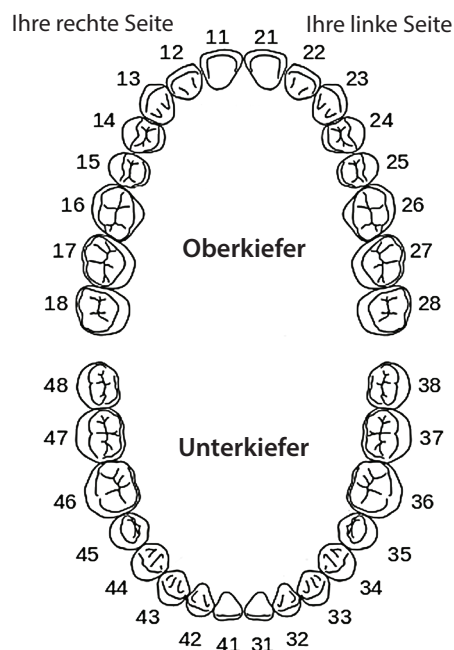
- ☐ Schmerzen
- ☐ Geräusche beim Kauen
- ☐ Blockade
- ☐ Zähneknirschen

Zunge (wird vom Therapeuten eingetragen)

- ☐ Zahneindrücke
- ☐ Belag
- ☐ Stauungszeichen

Name Ihres aktuellen Zahnarztes?

Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne oder Zahnfleisch.



Körper und Organfunktionen

Brustdrüse

- ☐ Beschwerden
- ☐ Operationen

Herz

- ☐ Beschwerden
- ☐ Stechen
- ☐ Druckgefühl
- ☐ Rhythmusstörungen
- ☐ Beklemmungen
- ☐ Infarkt

Lunge

- ☐ Bronchitis
- ☐ häufig Husten
- ☐ Atemnot ☐ Allergien/Asthma*

Leber

- ☐ Hepatitis/Entzündungen
- ☐ Fettleber

Galle

- ☐ Steine
- ☐ Koliken
- ☐ Operationen
- ☐ Druck im Oberbauch
- ☐ Fettunverträglichkeit

Magen

- ☐ Völlegefühl
- ☐ Sodbrennen
- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Gastritis

Rücken

- ☐ Schmerzen
- ☐ Hexenschuss
- ☐ Ischias
- ☐ Skoliose
- ☐ Verspannungen
- ☐ Verhärtungen
- ☐ Steifigkeit
- ☐ Rheuma

Niere/Blase

- ☐ Nierensteine
- ☐ Nierenerkrankungen
- ☐ Blasenentzündungen
- ☐ Häufigkeit:

Harn

- ☐ viel ☐ wenig ☐ häufig
- ☐ kann nicht halten
- ☐ nächtlicher Harndrang

Darm

- ☐ Blähungen
- ☐ Verstopfung
- ☐ Reizdarm
- ☐ Colitis ulcerosa
- ☐ Morbus Crohn
- ☐ Polypen
- ☐ Divertikel
- ☐ Verwachsungen
- ☐ Hämorrhoiden

Stuhlgang

- ☐ täglich 1 bis mal
- ☐ jeden 2. Tag ☐ jeden 3. Tag
- ☐ unregelmäßig
- ☐ klebrige Rückstände nach WC-Spühlung

- ☐ Durchfallneigung

Farbe/Geruch

- ☐ hell ☐ dunkel
- ☐ übelriechend

Konsistenz

- ☐ weich ☐ hart ☐ knollig
- ☐ schmierig ☐ pastenartig

- ☐ kann Stuhl nicht halten
- ☐ Gefühl nicht fertig zu werden

Arme

- ☐ Verletzungen
- ☐ Schmerzen
- ☐ Tennisellenbogen
- ☐ kalte Hände
- ☐ Kribbeln
- ☐ Taubheitsgefühl

Beine

- ☐ Schmerzen
- ☐ Krampfadern
- ☐ Operationen
- ☐ Verletzungen
- ☐ kalte Füße
- ☐ Kribbeln
- ☐ Taubheitsgefühl

Haut/Nägel

- ☐ Verbrennungen
- ☐ Narben
- ☐ Geschwüre
- ☐ Hautjucken
- ☐ Warzen
- ☐ eingewachsene Nägel
- ☐ Nagelbettentzündungen
- ☐ Fußpilz
- ☐ Nagelpilz
- ☐ Piercing
- ☐ Allergien auf:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gynäkologischer/urologischer Bereich

Frau

Ausfluß?

- ☐ ja ☐ nein
- ☐ weiß ☐ gelb
- ☐ wundmachend

- ☐ Schmerzen
- ☐ Eierstockentzündungen
- ☐ Ausschabung
- ☐ Geburten / Wie viele:
- ☐ Fehlgeburten / Wie viele:
- ☐ Abtreibungen
- ☐ Tumore
- ☐ Zysten
- ☐ Myome
- ☐ Geschlechtskrankheiten
- ☐ Sterilisation

Erste Menses?

.....

Letzte Menses?

.....

Blutungen sind:

- ☐ hell
- ☐ dunkel
- ☐ klumpig
- ☐ braun
- ☐ regelmäßig
- ☐ unregelmäßig

Mann

Prostata

- ☐ vergrößert
- ☐ Entzündungen
- ☐ Beschwerden beim Wasserlassen
- ☐ Operation
- ☐ Geschlechtskrankheiten

- ☐ Sterilisation
- ☐ Erektionsprobleme

Sexualität: (Freiwillige Angaben)

- ☐ verstärkt
- ☐ unbefriedigt
- ☐ Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
- ☐ Probleme mit der Sexualität
- ☐ glücklich und zufrieden

Verhütungsmaßnahmen:

- ☐ Pille
- ☐ Spirale
- ☐ Hormonspirale
- ☐ Hormonspritze
- ☐ andere
- ☐ keine

Lebensweise

Treiben Sie regelmäßig Sport?

☐ nein ☐ ja, folgenden:

.....

.....

Beschaffenheit der Wohnung?

- ☐ In der Nähe befinden sich:
Überlandleitung/Bahnstrom/Bahngleise
Trafostation, Funkmast, Bäche, Flüsse*
- ☐ Schimmelpilzbelastung
- ☐ Antiquitäten / Holzschutzmittel
- ☐ Teppichböden ☐ Ledermöbel
- ☐ Mikrowelle ☐ Induktionsherd

Wie ist ihr Schlaf?

- ☐ Schlaflosigkeit
- ☐ häufiges Erwachen
Um wie viel Uhr?:
- ☐ nächtliches Wasserlassen
Wie oft:
- ☐ Schwierigkeiten beim Einschlafen
- ☐ Unruhe in den Beinen
- ☐ Sprechen im Schlaf
- ☐ Nachtschweiß ☐ heiße Füße
- ☐ Zähneknirschen ☐ Lebhaftige Träume
- ☐ Schichtarbeit Früh/Spät/Nacht*
- Regelmäßige Schlafzeiten

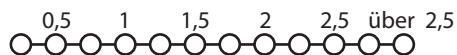
von: bis:

Wie ist ihr Schlafplatz eingerichtet?

- ☐ schnurlose Telefone/Internet
- ☐ elektrische Geräte standby
- ☐ eingebauter elektrischer Motor
- ☐ Fernseher ☐ Wasserbett

Wie viel Liter trinken Sie täglich?

Alle Angaben in ca. Liter



Was trinken Sie?

	Menge?	Häufigkeit?
☐ Wasser ¹		
☐ Fruchtsäfte		
☐ Bier/Wein*		
☐ hochprozentigen Alkohol		
☐ Kaffee/Tee/Milch*		
☐ Softdrinks		

(still/medium/classic-Kohlensäure)*¹

Rauchen Sie?

- ☐ ja ☐ nein
- ☐ Wie viele?
- ☐ Seit wann?.....
- ☐ Passivraucher? ☐ E-Zigarette
- ☐ Nichtraucher seit

* Nichtzutreffendes bitte streichen!

Baubiologische Untersuchung des Wohn/Arbeitsbereiches?*

☐ nein ☐ ja, mit folgendem Ergebnis: (fügen Sie ggf. das Gutachten den Unterlagen hinzu!)

.....

.....

Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

	selten bis nie	1-3x wöchentlich	1 x tgl.	2 x tgl.	mehrmals täglich
Käse.....	☐	☐	☐	☐	☐
Joghurt.....	☐	☐	☐	☐	☐
Milchprodukte.....	☐	☐	☐	☐	☐
Wurst.....	☐	☐	☐	☐	☐
Weißmehlprodukte.....	☐	☐	☐	☐	☐
Kuchen.....	☐	☐	☐	☐	☐
Eier.....	☐	☐	☐	☐	☐
Zucker.....	☐	☐	☐	☐	☐
Fleisch.....	☐	☐	☐	☐	☐
Fisch.....	☐	☐	☐	☐	☐
Geflügel.....	☐	☐	☐	☐	☐
Gemüse.....	☐	☐	☐	☐	☐
Obst.....	☐	☐	☐	☐	☐
Nüsse.....	☐	☐	☐	☐	☐
Sojaprodukte.....	☐	☐	☐	☐	☐
Marmelade.....	☐	☐	☐	☐	☐
Süßigkeiten.....	☐	☐	☐	☐	☐

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

.....

.....

.....

Nahrungsmittel-Allergien auf:

.....

.....

.....

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

- ☐ Gluten ☐ Fructose ☐ Lactose

Bevorzugte Ernährung?

- ☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ Rohkost ☐ Fertiggerichte

Ihre Geburt war:

- ☐ natürlich ☐ früh ☐ kompliziert ☐ durch Kaiserschnitt

Wurden Sie gestillt?

- ☐ ja ☐ nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

- ☐ ja ☐ nein

Krankheitsgeschichte

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- | | | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Tuberkulose | ☐ Scharlach | ☐ Windpocken | ☐ Röteln | ☐ Mumps | ☐ Masern |
| ☐ Keuchhusten | ☐ Polio | ☐ EBV Infektion | ☐ Tetanus | ☐ Borreliose | ☐ Malaria |
| ☐ Tropenkrankheiten | ☐ Syphilis | ☐ Gonorrhoe (Tripper) | ☐ Salmonellose | ☐ Ruhr | ☐ Covid-19 |

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- | | | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Tuberkulose (BCG) | ☐ Cholera | ☐ Pocken | ☐ Röteln | ☐ Mumps | ☐ Masern |
| ☐ Keuchhusten | ☐ Polio | ☐ Hepatitis | ☐ Tetanus | ☐ HIB | ☐ Gelbfieber |
| ☐ Grippe | ☐ Diphtherie | ☐ andere | ☐ Covid-19 | | |

Wurden Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- ☐ nein ☐ ja ☐ Wie häufig? (geschätzt)

Name der Medikamente:

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

(v= väterlicherseits / m= mütterlicherseits)

Erkrankung	Wer?	Erkrankung	Wer?	Erkrankung	Wer?
☐ Allergien		☐ Asthma	.....	☐ Epilepsie	.....
☐ Geisteskrankheiten		☐ Geschlechtskrankheiten	.....	☐ Gefäßerkrankungen	.....
☐ Gicht		☐ Herzkrankheiten	.....	☐ Krebs	.....
☐ Multiple Sklerose		☐ Neurodermitis	.....	☐ Rheuma	.....
☐ Schlaganfall		☐ Nieren/Gallensteine*	.....	☐ Schuppenflechte	.....
☐ Tuberkulose		☐ Zuckerkrankheit	.....	☐ andere:	.....

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- ☐ Fieber ☐ Unruhe ☐ Krämpfe
☐ Schlaflosigkeit
☐ Verhaltensveränderungen

Insektenbisse

- Spinnen ☐ ja ☐ nein
Zecken ☐ ja ☐ nein

Falls ja, wann:

Tierhalter

- ☐ nein ☐ ja, folgende:

.....seit:

.....seit:

OP -oder/und Unfall-Narben*

- ☐ nein ☐ ja, in folgenden Bereichen:

Wurden Untersuchungen unter Verwendung von Kontrastmitteln durchgeführt? (CT oder MRT)

- ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

- ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, tritt dabei Fieber auf?

- ☐ ja ☐ nein

Chronologische Krankengeschichte: (Falls notwendig, bitte gesondertes Blatt benutzen!)

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, möglichst von Kindheit an:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Die Datenschutzhinweise habe ich gelesen und akzeptiere diese.

.....
Datum, Unterschrift