

Anamnesebogen

Sehr geehrter Patient,

mit diesem Fragebogen erleichtern Sie mir die Erfragung für mögliche Ursachen Ihrer Beschwerden. Sie liefern mir damit wichtige Information für Ihre Behandlung. Alle Angaben sind streng vertraulich und dienen ausschließlich Ihrer Behandlung!

Name, Vorname:

Datum:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Krankenversicherung:

Zusatzversicherung für Heilpraktiker:
(falls vorhanden)

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

Welche Beschwerden haben Sie und in welchem Bereich?

Wodurch wurden diese Beschwerden ausgelöst?

(z.B. Sturz, Unfall, schwere Erkrankung, etc.)

Wie äußern sich die Beschwerden?

(z.B. Brennen, Stiche, Taubheit, Kälte, Kribbeln, Ziehen, etc.)

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sie sich seitdem verändert?

Wie und wobei machen sich die Beschwerden im Alltag bemerkbar?

(Arbeit, Schlafen, Tageszeitabhängig, Stress, etc.)

Wodurch werden die Beschwerden verstärkt?

(z.B. Wärme, Kälte, Medikamente, bestimmte Tätigkeiten, etc.)

Wie lassen sich die Beschwerden lindern?

(z.B. Wärme, Kälte, Medikamente, Bewegung, etc.)

Welche Therapiemaßnahmen sind bisher erfolgt und wie haben sie geholfen?

Leiden Sie an einer chronischen und/oder schweren Krankheit?

(Wenn ja, woran und seit wann?)

Hatten Sie schwere Unfälle, starke Verletzungen, Operationen oder / und Krankenhausaufenthalte?

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

(Blutdrucksenker, Cholesterinsenker, Herzmedikamente, Insulin, Schmerzmittel, Mittel gegen Sodbrennen, etc.)

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche?

Wie ist Ihr Schlaf? Leiden Sie unter Schlafstörungen?

Ja Nein

Schwitzen Sie nachts auffällig stark?

Ja Nein

Fühlen Sie sich leistungsfähig?

Ja Nein

Haben Sie Probleme mit Ihren Zähnen?

(z.B. Knirschen, Wurzelbehandlungen, Parodontose)

Ja Nein

Haben Sie Verdauungsbeschwerden?

(z.B. Verstopfung, Durchfälle, Blähungen, Sodbrennen, Nahrungsunverträglichkeiten, etc.)

Ja Nein

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen?

Welche chronische Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie, der Eltern und naher Verwandten?
(z.B. Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Parkinson, Darmerkrankungen etc.)

Ernährung

Was essen Sie in der Regel zum Frühstück:

Was essen Sie in der Regel zu Mittag:

Was essen Sie in der Regel zu Abend:

Was essen Sie zwischendurch:

Trinken Sie genug? Ja, ca. ____ Liter Nein, nur ca. ____ Liter Ich weiß es nicht.

Was trinken Sie überwiegend?

Leiden Sie unter starkem Gewichtsverlust? Ja Nein
(Wenn ja bitte genaue Angaben: seit wann, wie viel?)

Was ist Ihre berufliche Tätigkeit:

Was haben Sie für Hobbies?

Treiben sie Sport? Ja Nein
Wenn ja, welchen und wie häufig?

Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, wie viel?

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

Wenn ja, wie häufig und wie viel?

Für Frauen:

Haben Sie Kinder?

Ja Nein

Wenn ja, wie viele?

Wie haben Sie entbunden?

Gab es Probleme während der Schwangerschaft?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie eine regelmäßige Periode? Gibt es Auffälligkeiten?

Ja Nein

Welches Ziel möchten Sie mit der Behandlung erreichen und woran werden Sie im Alltag merken, dass die Behandlung erfolgreich war?

Haben Sie noch Fragen oder Bemerkungen?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Datum, Unterschrift