

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes für die ganzheitliche Betrachtung von großer Bedeutung. Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, um so besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken mir den Fragebogen vor Ihrem Termin per Mail oder per Post zu.

Vielen Dank!
Ihre Maja Dehmel

Name _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____ Geburtsort _____

Straße _____

PLZ/ Ort _____

Tel. privat _____ Handy _____

Email _____

Versicherung _____

Beruf _____

1. Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu mir?

2. Gab es Auslöser für Ihre Beschwerden (z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.)?

3. Wo haben Sie Schmerzen, wie oft, wie lang, wie intensiv (z.B. Kopf-, Rücken-, Gelenkschmerzen)

4. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- Masern Röteln Windpocken Mumps
- Scharlach Pfeiffersches Drüsenfieber

5. Welche Operationen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Polypen Mandeln Blinddarm
- Sonstiges _____

6. Haben Sie Narben? Wo?

7. Welche bekannten Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:

- Heuschnupfen Tierhaare Hausstaub
- Penicillin Lidocain Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin)
- Pollen Milben
- Metalle
- Nahrungsmittel: _____
- Sonstige Allergien: _____

8. Welche Krankheiten in Ihrer Familie sind Ihnen bekannt? (gegebenfalls unterstreichen)
Auffällige, schwere, immer wiederkehrende und chronische Erkrankungen. z.B. Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten, Übergewicht, Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht, Geisteskrankheiten, Epilepsie, Tuberkulose, Steinkrankheiten, Tumorerkrankungen, Suchtkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Allergien, Neurodermitis, Schuppenflechte, usw.

Mutter: _____

Vater: _____

Großeltern mütterlicherseits: _____

Großeltern väterlicherseits: _____

Geschwister, Onkel, Tanten: _____

9. Zu Ihrer Person

Größe _____ Körpergewicht _____

Rauchen Sie? Ja Wieviel Zigaretten/Tag _____ Nein

Haben Sie früher geraucht? Ja Nein

Mir ist oft sehr kalt Mir ist schnell warm Ich schwitze oft übermäßig

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie?

Wogegen sind Sie wann geimpft? Bitte wieder ankreuzen und Jahreszahl hinzufügen oder Kopie Impfpass beilegen:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> HIB | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Rota Viren |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Pocken |

Sonstige (Grippe, FSME, Reise, TBC, HPV, Meningokokken) :

10. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein, seit wann und welche Dosierung? (Bitte genau!)

Name des Medikaments	Dosierung	Einnahme seit:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

11. Wie viel trinken Sie pro Tag und was?

- vermehrter Durst Durstlosigkeit

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag? _____

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Tag oder Woche?

12. Was essen Sie am liebsten

Was essen Sie gar nicht gern?

_____	_____
_____	_____
_____	_____

13. Was konsumieren Sie? (Bitte genau)

Ja? Nein? Wie viel? Wie oft?

Zucker _____

Milchprodukte _____

Weißmehlprodukte _____

Eier _____

Nüsse _____

Süßigkeiten _____

Kuchen _____

und: _____

14. Haben Sie derzeit Stress?

15. Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

16. Wie ist ihr Schlafverhalten? (Ein-, Durchschlafen)

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht? _____

Sind Sie nach ausgiebigem Schlaf erholt und fühlen sich frischer? Ja / Nein

17. Für Patientinnen:

Anzahl Schwangerschaften _____

Anzahl Geburten _____

Einnahme der Pille ja nein

Monatsblutung regelmäßig schmerzhaft unregelmäßig

18. Welche Vorerkrankungen sind bekannt?

Bluthochdruck

Diabetes

Magenerkrankung

Tumorerkrankung

Nierenerkrankung

Hautkrankheit

Rheuma

Asthma

Herzerkrankungen

Depression

Gicht

Fettstoffwechselstörung

Lebererkrankung

Gallensteine

Schilddrüsenerkrankung

Bandscheibenvorfall

Osteoporose

Skoliose

Sonstige Erkrankungen (chronisch) _____

19. Sind Autoimmunerkrankungen bekannt? Welche?

20. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten (z.B. im Urlaub)?

21. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

- | | | |
|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt wann _____ | |
| <input type="checkbox"/> Kunststoff | <input type="checkbox"/> Gold | <input type="checkbox"/> Keramik |
| Weisheitszähne vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Implantate | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

22. Wie ist Ihre Verdauung?

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl n.d. Essen | <input type="checkbox"/> vermehrt Blähungen | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> vermehrt Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Heliobakter Pylori | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | |

Stuhlgang ___x täglich ___x wöchentlich

Stuhlgang wässrig breiig geformt wechselhaft

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Vertragen Sie Rohkost? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Verursacht Rohkost Blähungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen:

23. Wasserlassen

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Vermehrt |
|---------------------------------|-----------------------------------|

Wenn nicht normal:

- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brennen | <input type="checkbox"/> Startschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Nachts öfter als 1 - 2 mal |
|----------------------------------|---|---|

24. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? Bitte bringen Sie Ihr letztes Blutbild mit.

25. Was tun Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?
