



## Fragenbogen zur Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in der Naturheilkunde ist eine gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Ihre Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Aus diesem Grund bin ich auf Ihre Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Angaben sind, desto besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und einstellen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und dienen einer optimalen Behandlung.

| Adresse        |  |
|----------------|--|
| Name:          |  |
| Vorname:       |  |
| Geburtsdatum:  |  |
| Straße:        |  |
| PLZ , Ort:     |  |
| Telefon:       |  |
| Familienstand: |  |
| Beruf:         |  |

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

| 2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? (z.B. Erkrankungen / Unfälle / Trauer / Medikamente / Impfungen etc. ) |
|---|
|   |
|   |
|   |
|   |

| 3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?  |
|--|
| Masern <input type="radio"/> Röteln <input type="radio"/> Windpocken <input type="radio"/> Mumps <input type="radio"/> Scharlach <input type="radio"/> |

| 4. Welche Operationen hatten Sie?   |
|---|
| Blinddarm <input type="radio"/> Mandeln <input type="radio"/> Sonstige: _____ |



**5. Impfungen ( Bitte bringen Sie Ihren Impfpass mit )?**

- Tetanus  Masern  FSME  Grippe  Mumps  Röteln   
Pocken  Tollwut  Typhus  Hepatitis A  Hepatitis B  Diphtherie   
Windpocken  Cholera  Gelbfieber  Keuchhusten  Kinderlähmung   
Tuberkulose  Pneumokokken  Meningokokken  Haemophilus infl. B   
HPV – Human Papillomavirus  Sonstige: \_\_\_\_\_

**6. Klinikaufenthalte ( Gründe & Jahresangabe )?**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

**7. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein – bitte nennen Sie alle Medikamente, egal ob sie vom Arzt / Therapeuten verordnet wurden oder nicht?**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**8. Welche Allergien liegen vor?**

- Heuschnupfen  Penicillin  Tierhaare  Hausstaub  Metalle  Asthma   
Lidocain  Medikamente: \_\_\_\_\_  
Sonstige Allergien: \_\_\_\_\_

**9. Unverträglichkeiten von Nahrungsmitteln?**

|  |
|--|
|  |
|  |





| 14. Allgemeine Lebensführung?                 |                          |        |                            |
|---|--------------------------|--------|----------------------------|
| Trinken Sie Alkohol?                          | Ja <input type="radio"/> | Menge: | Nein <input type="radio"/> |
| Rauchen Sie?                                  | Ja <input type="radio"/> | Menge: | Nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie in letzter Zeit Gewicht verloren?   | Ja <input type="radio"/> |        | Nein <input type="radio"/> |
| Ist Ihr Schlaf erholsam?                      | Ja <input type="radio"/> |        | Nein <input type="radio"/> |
| Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafstörungen? | Ja <input type="radio"/> |        | Nein <input type="radio"/> |
| Schwitzen Sie nachts?                         | Ja <input type="radio"/> |        | Nein <input type="radio"/> |
| Leiden Sie an psychischen Problemen?          | Ja <input type="radio"/> |        | Nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie in letzter Zeit vermehrt Durst?     | Ja <input type="radio"/> |        | Nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie öfters Fieber?                      | Ja <input type="radio"/> |        | Nein <input type="radio"/> |

| 15. Kopfbereich:   |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Leiden Sie unter Schwindel?                                    | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Ohnmachtsanfälle?  | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Epileptische Anfälle?  | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Kopfschmerzen?   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie Probleme mit den Augen?                              | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie Probleme mit dem Hören?                              | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Ohrenschmerzen?  | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr?                        | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie häufig oder langanhaltend Schnupfen?                 | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?                     | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Leiden Sie häufig an Nasenbluten?                              | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Leiden Sie unter Haarausfall?                                  | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen-Mund-Kiefer-Bereich? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |

| 16. Halsbereich:   |                          |   |
|--|--------------------------|---|
| Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken?            | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/>                    |
| Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?                         | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/>                    |
| Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/>                    |
| Leiden Sie unter Heiserkeit?                                       | Ja <input type="radio"/> | Wie lange? : _____ Nein <input type="radio"/> |

| 17. Brustbereich:   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Leiden Sie unter Husten?  | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Wie lange? : _____ Wie ist der Auswurf beschaffen? _____                      |                          |                            |
| Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?  | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Leiden Sie unter Atemnot?   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Asthma-Bronchiale Anfälle?  | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?                   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?                                 | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Leiden Sie unter Rückenschmerzen?   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |



| <b>18. Bauchbereich:</b>  |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Leiden Sie unter Bauchschmerzen?  | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen?  | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen?                           | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Verspüren Sie in neuerer Zeit eine Abneigung gegen Fleisch?   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Sodbrennen?   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles<br>( z.B. Verstopfung / Durchfall oder Schmerzen )? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge<br>oder Farbe des Stuhles aufgefallen?        | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |

| <b>19. Arme und Hände:</b>                                     |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?                    | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?                         | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?                | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Zittern Ihre Hände (manchmal)?                                 | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen in den Armen und Händen? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |

| <b>20. Harn- und Geschlechtsorgane:</b>                          |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?                         | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Schmerzen beim Wasserlassen?                                     | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten?     | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie Blut im Urin festgestellt?                             | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurück zu halten? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?        | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Müssen Sie nachts regelmäßig Wasser lassen?                      | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Tritt ein Sekret aus der Harnröhre aus?                          | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |

| <b>21. Beine &amp; Füße:</b>  |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Leiden Sie unter Krampfadern?   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Treten nachts Wadenkrämpfe auf?   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Schmerzen in den Beinen oder Füßen?   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt<br>stehen bleiben? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?   | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Schmerzen in der Hüfte, in den Knien, Fußgelenken?                                      | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?  | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |

| <b>22. Urologische Anamnese - Mann:</b>                 |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Können Sie in einem gleichmäßigen Strahl Wasser lassen? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Tröpfelt es nach?                                       | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |

