

ANAMNESEBOGEN FÜR NEUE PATIENTEN UND KLIENTEN

Liebe Patienten, es ist wichtig, dass ich mir **vor** Beginn der Behandlung ein Bild Ihres Gesundheitszustandes machen kann.

Bitte beantworten Sie daher folgende Fragen.

Scannen oder fotografieren Sie den ausgefüllten Bogen und schicken ihn mir per E-Mail oder per Post **VOR** unserem ersten Termin zu.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ich wurde empfohlen durch:

Vorname:

Name:

Geburtsname:

Geburtstag:

Beruf:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Hausarzt/mitbehandelnde Ärzte:

Versicherung:

gesetzlich privat gesetzlich mit Zusatz Beihilfe

Größe (cm) / Gewicht (kg):

Waren Sie schon mal in heilpraktischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, bei wem und wann?

Sind oder waren Sie in psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung?

ja nein

Wenn ja, bei wem und wann?

Auf Grund welcher Beschwerden kommen Sie in unsere Praxis?

Was ist Ihr gesundheitliches Ziel?

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden und was war der Auslöser dafür?

Gibt es relevante Befunde, z.B. Röntgen, MRT, CT, Labor? Falls ja, bitte zur Behandlung mitbringen.

Leiden Sie unter folgenden Symptomen oder Krankheiten? Bitte ankreuzen:

Kopfschmerzen/Migräne		Ohrgeräusche/Tinnitus		Gallen-Beschwerden	
Lungen-/ Bronchial Beschwerden		Pankreas-Beschwerden		Neurologische Erkrankungen	
Magen-Beschwerden		Blasen-Beschwerden		Herz-/Kreislauf- Erkrankungen	
Verdauungs-Störungen		Prostata-Beschwerden		Niedriger Blutdruck	
Allergien		Gebärmutter- Beschwerden		Hoher Blutdruck	
Unverträglichkeiten		Schwangerschaften/ Geburten		Schlaganfall	
Erschöpfung		Fehlgeburten		Bluterkrankheit	
Rheuma		Hauterkrankungen		Epilepsie	
Wirbelsäulen- Beschwerden		Zahn- und Kieferbeschwerden		Schilddrüsen- Fehlfunktion	
Gelenk-Beschwerden		Psychische Beschwerden		Schluckbeschwerden/ Globus-Gefühl	
Muskel-Beschwerden		Krebs		Ohrenschmerzen	
Knochen- Beschwerden		Diabetes		Schlafstörungen	
Konzentrationsstörungen		Angstzustände		Gefühlsschwankungen	
Sexuelle Unlust		Aggressionen		Herzrasen	
Stuhlnregelmäßigkeiten/ Obstipation / Diarrhö		Chronische Darmerkrankungen			

Gab es Auslöser für diese Beschwerden?

Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Impfungen, Medikamente, Zahnbehandlungen,
Operationen, etc.?

Welche Behandlungen haben Sie bisher gegen diese Beschwerden unternommen?

Verfügen Sie über eines oder mehrere der folgenden Gegenstände/körperlichen Veränderungen? Bitte ankreuzen:

Dental-Brücken/- Prothesen	<input type="checkbox"/>	Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	Künstlicher Darmausgang	<input type="checkbox"/>
Zahnsperre	<input type="checkbox"/>	Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	Piercings	<input type="checkbox"/>
Zahnschiene	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	Tätowierungen	<input type="checkbox"/>
Brille	<input type="checkbox"/>	Gelenkprothesen	<input type="checkbox"/>	Brandings	<input type="checkbox"/>

Wo wurden diese Eingriffe vorgenommen? Name der Praxis oder des Institutes: Welche Materialien wurden verwendet? Welche Unfälle hatten Sie?

Welche Operationen hatten Sie? Gibt es noch Material (z.B. Metall) in Ihrem Körper?

Welche Medikamente nehmen Sie ein (Dosierungen)?

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein (Dosierungen)? Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein (Dosierungen)?

Sind oder waren Sie in psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, wann und bei wem?

Gibt es Infekte? Wenn Ja, wie oft pro Jahr?

<i>Grippale Infekte</i>		Nasennebenhöhlenentzündungen		Mittelohrentzündungen	
<i>Angina</i>		Blasenentzündungen			

Nehmen Sie Antibiotika ein? Falls ja, wie oft pro Jahr? Ja nein

Gibt es sonstige Erkrankungen (z.B. Hepatitis, Epstein Barr, Zähne etc.)?

Welche Impfungen hatten Sie bisher?

Polio		Tetanus		Diphtherie	
Keuchhusten		Hepatitis A		Hepatitis B	
Masern		Mumps		Grippe	
Röteln		Zecken/FMSE		Covid	

Wie sind Ihre Lebensgewohnheiten (pro Tag)? Bitte ankreuzen:

Wasser	3 Liter		2 Liter		1 Liter		
Kaffee	3 Tassen		2 Tassen		1 Tasse	weniger als 1	
Alkohol	3 Gläser		2 Gläser		1 Glas	weniger/nie	
Milch	3 Gläser		2 Gläser		1 Glas	weniger/nie	
Getreide	viel		mittel		wenig	nie	
Zucker	viel		mittel		wenig	nie	

Nikotin	25 Zigaretten		15 Zigaretten		5 Zigaretten		weniger	
Bewusstseinerweiternde Substanzen	viel		mittel		wenig		nie	

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Gibt es bekannte Allergien?

Liegen Nahrungsmittelunverträglichkeiten vor?

Laktoseintoleranz		Fruktoseintoleranz		Histaminintoleranz	
Allergien vom Soforttyp IgE		Allergien vom verzögerten Typ IgG		Zöliakie/Sprue	

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie schlecht?

Welche Reaktionen haben Sie auf unverträgliche Nahrungsmittel?

Wie ist Ihre Verdauung, Magen-Darm-Trakt?

Völlegefühl nach dem Essen		Übelkeit nach dem Essen		Blähbauch	
Sodbrennen		vermehrtes Aufstoßen		Appetitlosigkeit	
abgehende Winde geruchsneutral		Verstopfung		Tendenz zu weichen Stühlen	
Durchfall		Wechsel von Verstopfung zu Durchfall		Gastritis	
Magengeschwür		Hämorrhoiden		Stuhlgang täglich	
Stuhlgang alle 2-3 Tage		sonstiges			

Wie schätzen Sie Ihren regelmäßigen emotionalen Stress ein? (Zweifel, Gedankenkarussell, Erregtheitszustand, Unsicherheit, etc.)

1= sehr entspannt und zuversichtlich, 10= sehr gestresst

Wie äußert sich Ihr Stress oder Ihre Entspannung?

Beschreiben Sie die Zustände?

Was sind Ihre immer wiederkehrenden Probleme/Themen in Ihrem Leben, die Sie gerne verändern möchten?

Welche Erkrankungen gibt es in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister):

Bluthochdruck		Diabetes		Feststoffwechselstörungen	
Herzinfarkt		Asthma		Erbkrankheiten	
Krebs		Sonstiges:			

Wie geht es Ihnen in Ihrem sozialen Umfeld im Gesamten?

Welche Aspekte in Ihrem Umfeld spenden Ihnen Energie? (z.B.: Freunde, Familie, Bekannte, Arbeitskollegen)

Welche ziehen Ihnen Energie? (z.B.: Freunde, Familie, Bekannte, Arbeitskollegen)

Wie sieht Ihre Schlafqualität aus?

Ein – und Durchschlafverhalten? 1= schlechte Schlafqualität, 10= sehr gute Schlafqualität

Wie sehen Ihre Schlafbedingungen aus?

Regelmäßig		unregelmäßig		Anzahl der Stunden:	
Elektrosmog		Lärm		Lichtverschmutzung	
sonstiges					

Inwieweit bewegen Sie sich?

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Welche Art von Sport treiben Sie?

Inwieweit sind Sie Bedingungen ausgesetzt, die auf Ihren Körper wirken (Positiv wie negativ)
z.B. Elektromog, Gifte, Natur, frische Luft, etc.

Wieviel sind Sie in der Sonne? Wenn ja, wie oft und wie viel Körperoberfläche (ohne
Sonnencreme)?

Kennen Sie Ihren Vitamin D Wert? Wenn ja, wie hoch ist er?

Haben/Hatten Sie Amalgamfüllungen? (Gegenwart/Vergangenheit)

Essen Sie nicht biologische Lebensmittel? Wenn ja, wie oft?

Was trinken Sie? Kommen Ihre Getränke aus Plastikflaschen oder Tetrapacks?

Welche Arbeitsplatzbedingungen haben Sie und welchen Giften sind Sie ausgesetzt?

Plastik		Kosmetik		Lacken	
Haarspray		Abgase		Lösungsmittel	
Sonstige:					

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ort/Datum Unterschrift

/ggf. Unterschrift ges. Vertreter