

Anamnesebogen

Fragebogen zu Ihrer Gesundheit

Liebe Patientin, lieber Patient, bitte nehmen Sie sich etwa 15 Minuten Zeit für diesen Fragebogen – er gilt für jede Behandlung bei mir, ganz gleich, welches Verfahren wir später gemeinsam wählen. Ihre Angaben helfen mir, Ihre Beschwerden ganzheitlich zu verstehen. Kreuzen Sie einfach an, was auf Sie zutrifft; was Sie nicht beantworten möchten oder können, lassen Sie frei. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

1 Zu Ihrer Person

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Beruf

Familienstand

Anzahl Kinder

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Hausärztin / Hausarzt

Weitere behandelnde Ärzte, Fachärzte oder Therapeuten

Wie sind Sie auf mich
aufmerksam geworden?☐ Empfehlung☐ Internet☐ Ärztin/Arzt☐ Sonstiges

2 Ihr Anliegen

Was führt Sie zu mir? Welche Beschwerden haben Sie?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Gab es einen Auslöser (z. B. Unfall, Stress)?

Bisherige Untersuchungen und Behandlungen dazu

Was möchten Sie mit der Behandlung erreichen?

3 Ihre Beschwerden genauer

Stärke der Beschwerden

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

keine

unerträglich

Wie häufig?

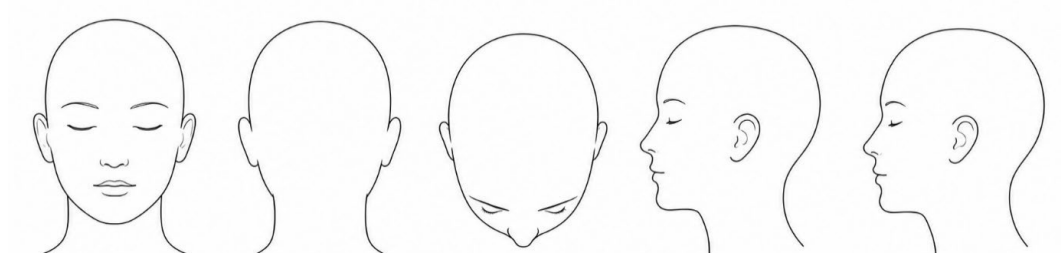
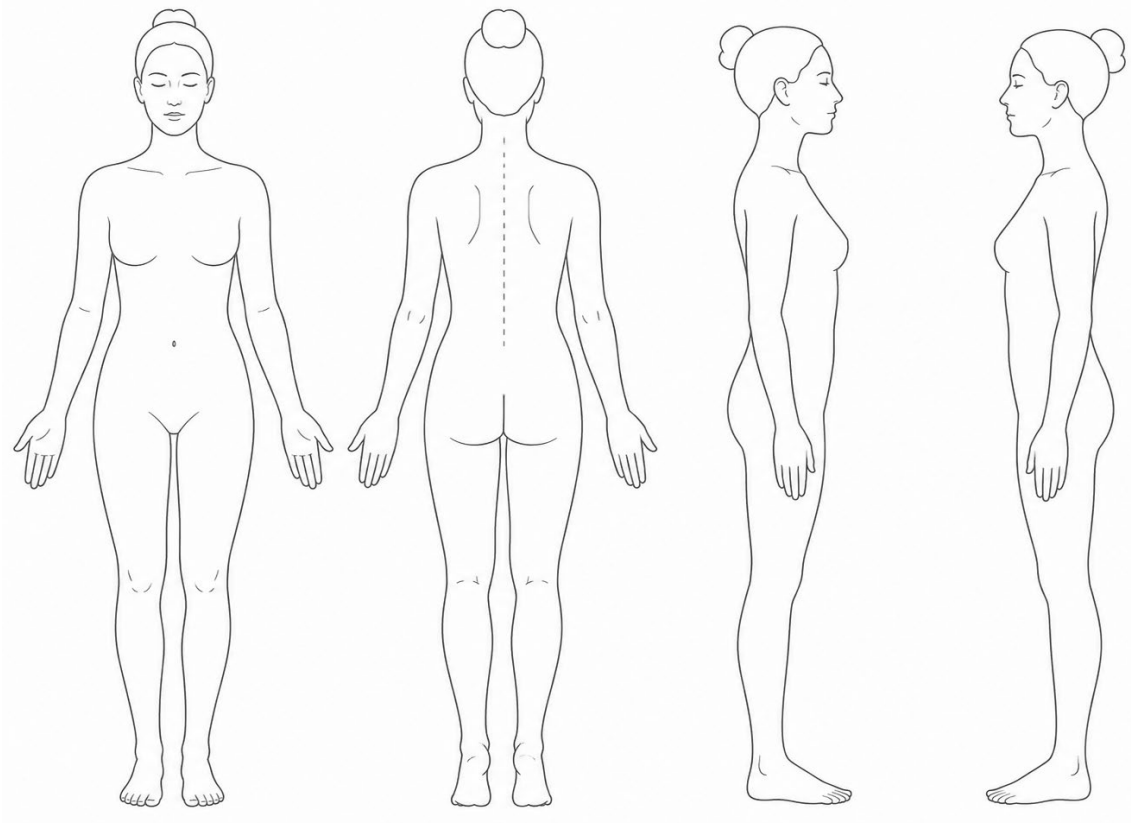
☐ ständig☐ täglich☐ mehrmals pro Woche☐ selten



- Wann vor allem? ☐ morgens ☐ tagsüber ☐ abends ☐ nachts ☐ bei Belastung
☐ in Ruhe
- Wie fühlen sich die Beschwerden an? ☐ ziehend ☐ dumpf ☐ stechend ☐ brennend ☐ drückend
☐ krampfartig ☐ kolikartig ☐ pochend / klopfend ☐ ausstrahlend
☐ Taubheit / Kribbeln
- Was lindert? ☐ Ruhe ☐ Bewegung ☐ Wärme ☐ Kälte ☐ Druck / Massage
☐ Schmerzmittel ☐ Sonstiges
- Was verschlimmert? ☐ Belastung ☐ langes Sitzen ☐ Liegen ☐ Kälte ☐ Wärme
☐ Wetterwechsel ☐ Stress ☐ Sonstiges
- Begleiterscheinungen ☐ Schwellung ☐ Müdigkeit ☐ Schwindel ☐ Gangunsicherheit
☐ Schwitzen ☐ Übelkeit ☐ Sonstiges

Wo haben Sie Beschwerden?

Bitte markieren Sie die Stellen mit einem Kreuz und schreiben Sie die Stärke (1–10) daneben. Narben können Sie mit einem Strich einzeichnen. Am PC geht das mit dem Stift- oder Zeichenwerkzeug Ihres PDF-Programms.





4 Krankengeschichte

Krankengeschichte im zeitlichen Ablauf

Bitte tragen Sie hier ein, was Sie bisher erlebt haben – z. B. Operationen, Unfälle, Stürze, Brüche, Schwangerschaften und Geburten, Fehlgeburten, größere Zahnbehandlungen, Krankenhausaufenthalte oder psychotherapeutische Behandlungen. Das Jahr oder Ihr ungefähres Alter genügt.

Jahr / Alter	Was war? (z. B. Operation, Unfall, Geburt, Behandlung)

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt – heute oder früher?

Alltägliche Beschwerden wie Verdauung, Schlaf, Schwitzen oder Stimmung kreuzen Sie weiter hinten unter „Ihr Befinden im Alltag“ an.

Stoffwechsel	☐ Diabetes (Zucker) ☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ starke Gewichtsveränderung ☐ Wassereinlagerungen
Magen, Darm, Leber	☐ Sodbrennen / Reflux ☐ Magenschleimhautentzündung (Gastritis) ☐ chronische Darmentzündung (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) ☐ Reizdarm ☐ Lebererkrankung ☐ Gallensteine ☐ häufige Übelkeit ☐ Blut im Stuhl
Bewegungsapparat	☐ Osteoporose (Knochenschwund) ☐ Morbus Bechterew (Wirbelsäulenrheuma) ☐ Morbus Scheuermann (Rundrücken) ☐ Rheuma ☐ Gelenkbeschwerden ☐ Bandscheibenvorfall ☐ Wirbelsäulenerkrankung ☐ Rücken- / Nackenschmerzen ☐ Bewegungseinschränkung ☐ Knochenbrüche
Herz und Kreislauf	☐ Blutdruck hoch ☐ Blutdruck niedrig ☐ Herzrhythmusstörungen / Herzklopfen ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall ☐ Thrombose / Durchblutungsstörung ☐ Krampfadern ☐ Brustschmerzen / Beklemmung ☐ Schwindel
Atmung	☐ Asthma ☐ chronischer Husten ☐ Atemnot / Kurzatmigkeit ☐ chronische Erkältung ☐ Tuberkulose



- Niere, Blase, Becken
- ☐ häufige Blasenentzündungen ☐ häufiger Harndrang
- ☐ ungewollter Urinverlust ☐ Blase lässt sich schwer entleeren
- ☐ Beckenbodenschwäche ☐ Nierensteine ☐ Nierenentzündung
- ☐ Geschlechtskrankheiten
- Nerven und Psyche
- ☐ Kopfschmerzen / Migräne ☐ Krampfanfälle (Epilepsie) ☐ Zittern (Tremor)
- ☐ Taubheitsgefühl / Kribbeln ☐ Konzentrationsstörungen ☐ Vergesslichkeit
- ☐ innere Unruhe / Nervosität ☐ Traurigkeit / Depression ☐ Ängste / Panik
- ☐ Erschöpfung / Burn-out ☐ Wahrnehmungs- / Verhaltensstörung (z. B. ADHS)
- Haut
- ☐ Ekzem / Schuppenflechte ☐ Neurodermitis ☐ Haarausfall
- ☐ schnell blaue Flecken ☐ größere Narben
- Augen und Ohren
- ☐ Kurz- / Weitsichtigkeit ☐ Grauer Star
- ☐ Grüner Star (erhöhter Augendruck)
- ☐ Makuladegeneration (Netzhauterkrankung) ☐ Ohrgeräusche (Tinnitus)
- ☐ Schwerhörigkeit
- Zähne und Kiefer
- ☐ Zahnersatz / Implantate ☐ Wurzelbehandlungen ☐ Zahnentzündungen
- ☐ Zahnspange (auch früher) ☐ Kiefergelenkprobleme ☐ Zähneknirschen
- ☐ Beißschiene

Wichtig für eine sichere Behandlung

- ☐ blutverdünnende Medikamente (z. B. Marcumar, ASS) ☐ Angst vor Nadeln
- ☐ Blutgerinnungsstörung ☐ Schwangerschaft (aktuell oder möglich)
- ☐ Herzschrittmacher / Implantate ☐ ansteckende Erkrankung (z. B. Hepatitis)
- ☐ Neigung zu Ohnmacht / Kreislaufproblemen ☐ Krebserkrankung (auch früher)
- ☐ Metall- / Nickelallergie ☐ Allergien

Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen (mit Dosierung)

Nahrungsergänzungsmittel / pflanzliche Mittel

Bekannte Allergien / Unverträglichkeiten

Erkrankungen in der Familie (z. B. Diabetes, Krebs, Herzerkrankungen, Schilddrüse, Depression)

Mutter

Vater

Geschwister

Großeltern / Kinder



5 Ihr Befinden im Alltag

Wie geht es Ihnen derzeit? Diese Fragen helfen mir, Ihre Beschwerden ganzheitlich einzuordnen.

- Temperaturempfinden ☐ friere eher ☐ mir ist eher warm ☐ ausgeglichen
 Hände und Füße ☐ oft kalt ☐ oft warm / heiß ☐ unauffällig
 Schwitzen ☐ kaum ☐ normal ☐ stark ☐ nachts ☐ bei Anstrengung
 Durst ☐ wenig ☐ normal ☐ viel
 Ich trinke lieber ☐ warme Getränke ☐ kalte Getränke ☐ egal
 Appetit ☐ wenig ☐ normal ☐ groß ☐ Heißhunger auf Süßes
 Verdauung ☐ regelmäßig ☐ Verstopfung ☐ weicher Stuhl / Durchfall
☐ Blähungen ☐ Völlegefühl
 Wasserlassen nachts ☐ nie ☐ 1-mal ☐ mehrmals
 Schlaf ☐ gut ☐ Einschlafprobleme ☐ Durchschlafprobleme ☐ viele Träume
☐ wache oft auf um
 Energietief am ehesten ☐ morgens ☐ mittags ☐ nachmittags ☐ abends ☐ kein Tief
 Stimmung in letzter Zeit ☐ ausgeglichen ☐ gereizt ☐ grübelnd ☐ ängstlich ☐ traurig
☐ antriebslos
 Stressbelastung ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
keine sehr hoch
 Wetter ☐ empfindlich bei Kälte ☐ bei Hitze ☐ bei Feuchtigkeit ☐ bei Wind

Nur für Frauen

- Periode ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐ schmerzhaft ☐ sehr stark
☐ Beschwerden vor der Periode (PMS) ☐ keine Periode
 Außerdem ☐ Wechseljahre ☐ Hitzewallungen ☐ Brustschmerzen
 Verhütung ☐ keine ☐ Pille / Hormonspirale ☐ Kupferspirale
☐ andere

6 Lebensstil

- Ernährung ☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ andere
 Rauchen ☐ nein ☐ ja, täglich ca.
 Alkohol ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig
 Kaffee / schwarzer Tee ☐ nein ☐ 1–2 Tassen ☐ mehr als 2 Tassen
 Bewegung / Sport ☐ kaum ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig, und zwar

Möchten Sie mir noch etwas mitteilen?

Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet und informiere die Heilpraktikerin, wenn sich an meinem Gesundheitszustand oder meinen Medikamenten etwas ändert.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient