

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

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

Daher bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Vielen Dank!

Naturheilpraxis in der Mitte
Roswitha Teuber
Heilpraktikerin



Ihr Termin am: _____

Name _____

Vorname _____

PLZ, Ort _____

Straße _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Beruf _____

E-Mail _____

Familienstand _____

Hausarzt _____

Zusatzversicherung _____

Privatversicherung _____

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

1.1. Was haben Sie bis jetzt dagegen unternommen?

1.2. Welche Ärzte haben sie kontaktiert?

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z. B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, Trennungen, Operationen, HWS Trauma?

3. Hatten sie folgende Infektionskrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- Masern Röteln Windpocken Mumps
 Scharlach Hepatitis Sars Cov 2
 Andere _____

3.1. Wann war ihre letzte Impfung?

4. Letzter Urlaub, wann? Wo?

5. Größe _____ **cm** **Gewicht** _____ **kg**

6. Puls * _____ **RR *** _____ **O2-Sättigung *** _____

* wird in meiner Praxis untersucht

7. Medikamenteneinnahme

Welche Medikamente nehmen Sie momentan ein ...

... oder haben eingenommen?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?

Nehmen Sie häufiger Schmerz-oder Schlafmittel? Wenn ja was und wie häufig?

8. Sind Vorerkrankungen bekannt?

- Diabetes mellitus Bluthochdruck Gicht
 psych. Erkrankungen Epilepsie Andere

Operationen Wann? _____

Welche? _____

Gelenkersatz Wann? _____

Wo? _____

9. Familienanamnese

Welche Erkrankungen traten in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf?
(z. B. Diabetes mellitus, Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen)

10. Soziale Anamnese

Hobbys? _____

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt? (z. B. Mobbing)

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?

11. Allergien

Leiden Sie unter Allergien?

Ja

Nein

Welche? _____

Haben Sie bei Ihrem Zahnarzt schon einmal allergisch auf ein lokal wirkendes Betäubungsmittel reagiert?

12. Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Sind Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt?

Fructosemalabsorption

Laktoseintoleranz

Histaminintoleranz

Andere _____

Tragen Sie in die Felder ein, welche Nahrungsmittel Sie gegessen haben. Warten Sie insgesamt ganze drei Tage ab und notieren Sie, wenn Symptome auftreten.

Vermerken Sie auch die Stärke der Reaktion, das heißt, bewerten Sie den Schweregrad Ihrer Symptome mit 0 (= keine Reaktion) bis 10 (= maximal heftige Reaktion).

Symptom	Gluten z.B. Brot, Brötchen, Nudeln (aus Dinkel, Weizen, Roggen, Gerste, auch Bio-Qualität)	Milchprodukte z.B. Joghurt, Quark, Käse aus Kuh-, Schaf-, Ziegenmilch
Müdigkeit, Energiemangel - reproduzierbar nach Nahrungsaufnahme		
Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen		

Symptom	Gluten z.B. Brot, Brötchen, Nudeln (aus Dinkel, Weizen, Roggen, Gerste, auch Bio-Qualität)	Milchprodukte z.B. Joghurt, Quark, Käse aus Kuh-, Schaf-, Ziegenmilch
Verdauungsbeschwerden (z.B. Blähungen, Bauchschmerzen, Aufstoßen, Durchfall)		
Gelenkschmerzen, -schwellungen, Muskelschmerzen		
Verstopfte Nase und Gefühl der »Verschleimung« von Bronchien oder Atemwegen, z.B. nach Milchkonsum (unabhängig von einem echten viralen oder bakteriellen Infekt)		
Kopfschmerzen, Migräne		
Hautveränderungen, z. B. unruhige Haut, Akne		
Flush (>roter Kopf<)		
Ihr(e) Symptom(e) • • • • • • • •		

13. Allgemeine Lebensführung

Trinken Sie Alkohol?

Ja

Nein

Wieviel? _____

Was? _____

Rauchen Sie?

Wieviel? _____

Seit wann? _____

Seit wann nicht mehr? _____

Haben Sie in letzter Zeit auffällig an Gewicht abgenommen?

Ja

Nein

Wieviel? _____ kg

Haben Sie in letzter Zeit auffällig an Gewicht zugenommen?

Wieviel? _____ kg

Seit wann? _____

Ist Ihr Schlaf erholsam?

Leiden Sie an Ein-oder Durchschlafstörungen?

Wie lange liegen Sie wach?

Treiben Sie Sport?

Sportart? _____

Wie häufig? _____

Wie entspannen Sie sich sonst?

Haben Sie auffallend viel Durst?

Leiden Sie zurzeit oder öfter unter Fieber?

Leiden Sie unter Nachtschweiß?

Müssen Sie sich Nachts umziehen, weil Sie durchgeschwitzt sind?

Sind Sie Vegetarier oder verzichten sie bewußt auf bestimmte Lebensmittel?

Welche? _____

14. Emotionaler Zustand

Wie ist Ihr Gemütszustand?

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wütend | <input type="checkbox"/> traurig | <input type="checkbox"/> aggressiv | <input type="checkbox"/> ängstlich |
| <input type="checkbox"/> unruhig | <input type="checkbox"/> schwankend | <input type="checkbox"/> nervös | <input type="checkbox"/> gereizt |
| <input type="checkbox"/> dünnhäutig | <input type="checkbox"/> lustlos | <input type="checkbox"/> glücklich | <input type="checkbox"/> fröhlich |

Wie ist ihre Konzentration?

Haben Sie eine Traumerinnerung?

Wie gut ist Ihr Kurzzeitgedächtnis?

	Ja	Nein
Gibt es ein Gefühl von „Nebel im Kopf“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie unter chronischen Schmerzen oder wiederkehrenden Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Seit wann? _____

Wie häufig? _____

Wie lange? _____

Beschreiben Sie Ihre Schmerzen von 1 (wenig Schmerzen) bis 10 (viel Schmerzen)

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	Ja	Nein
Sind Sie ein ängstlicher Mensch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie eine inadäquate Angst vor Dingen, vor denen man sich eigentlich nicht fürchten muss (z.B enge Räume, hohe Türme, Flüge, Menschenansammlungen) oder gibt es Ängste, die Sie nicht erklären können?

15. Kopfbereich

	Ja	Nein
Schnarchen Sie stark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie häufig an Nasenbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Haben Sie Probleme mit den Augen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Welche? _____

- Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?
- Haben Sie Probleme mit dem Hören?
- Tragen Sie ein Hörgerät?
- Ohrenschmerzen?
- Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr?
- Haben Sie häufiger und/oder länger anhaltenden Schnupfen?
- Wie häufig im Jahr und wie lange haben sie Infekte?
 Häufigkeit/Jahr _____ Länge _____

Leiden Sie unter Schwindel? (drehend, schwankend, in eine bestimmte Richtung, auf- und absteigend, aus dem Liegen heraus)

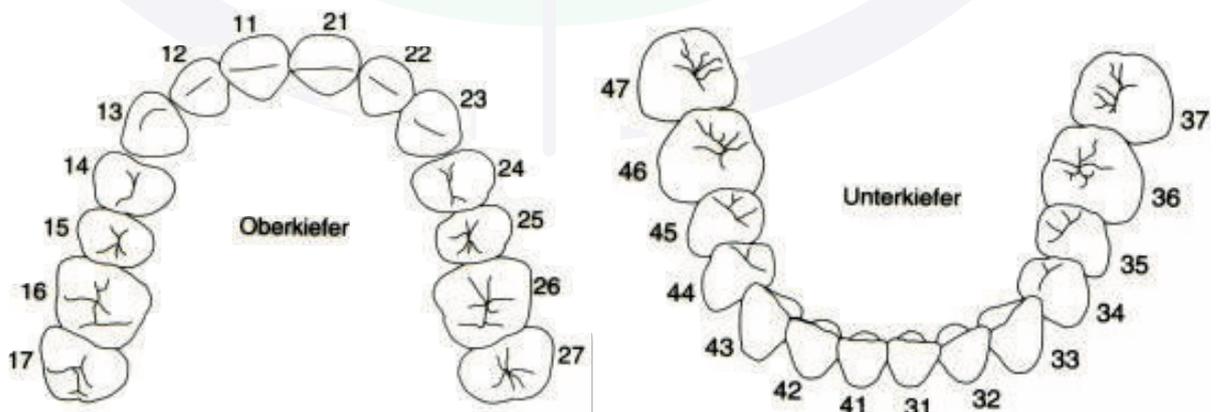
Kurze Beschreibung: _____

- Wird Ihnen schnell schwarz vor Augen?
- Leiden Sie unter Ohnmachtsanfällen?
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen?
- Migräne?

16. Zähne

- | | Ja | Nein |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie Amalgamfüllungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie eine Zahnprothese? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn möglich, entsprechende Zähne markieren:



17. Halsbereich

Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schluckbeschwerden?

Ja

Nein

Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals oder Druckgefühl (evtl. vermehrt im Liegen)?

Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt?

Leiden Sie unter Heiserkeit?

Seit wann? _____

18. Brustbereich

Leiden Sie unter Husten?

Ja

Nein

Seit wann? _____

Wie ist der Auswurf beschaffen?

Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?

Leiden Sie unter Atemnot?

Asthma-Bronchiale-Anfälle?

Haben Sie Druck- oder Engegefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?

Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?

Haben Sie (manchmal) das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?

Leiden Sie unter Rückenschmerzen?

19. Bauchbereich

Leiden Sie unter Bauchschmerzen?

Ja

Nein

Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen?

Welche? _____

Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen?

Besteht eine Abneigung gegen Fleisch?

Seit wann? _____

Heißhunger auf bestimmte Nahrungsmittel bzw. Heißhunger-Attacken?

Welche? _____

Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?

Sodbrennen?

Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles
wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen?

Welche? _____

Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit,
Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen?

Welche? _____

Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?

20. Arme und Hände

Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke? **Ja** **Nein**

Schlafen Ihnen nachts, in den frühen
Morgenstunden die Hände ein?

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen
der Hände oder Finger?

Leiden sie unter Gefühlsstörungen oder
Taubheitsgefühlen der Hand oder einzelner Finger?

Zittern Ihre Hände?

Haben sie Beschwerden in den Armen?

Andere Beschwerden?

Welche? _____

21. Beine und Füße

Leiden Sie unter Krampfadern? **Ja** **Nein**

Treten nachts Wadenkrämpfe auf?

Haben Sie Schmerzen in den Beinen oder Füßen?

Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten
Wegstrecke schmerzbedingt eine Pause einlegen? **Ja** **Nein**

Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?

Bestehen Schmerzen in den Kiegelenken?

... Hüftgelenken?

... Fußgelenken?

Gibt es Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?

22. Harn- und Geschlechtsorgane

	Ja	Nein
Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Blut im Urin festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurück zuhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie nachts regelmäßig aufstehen um Wasser zu lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie häufiger unter Harnwegsinfekten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie oft? _____		
Tritt ein Sekret aus der Harnröhre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Haut, Haare, Nägel

	Ja	Nein
Leiden Sie unter Hautveränderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautjucken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilen bei Ihnen Wunden schlecht aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Narben(durch Operationen od.Unfälle) die Sie stören oder die Sie als unangenehm empfinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo befinden sich die Narben? _____ _____		
Leiden Sie unter Haarausfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann? _____		
Leiden Sie unter brüchigen Nägeln? sonstige Veränderungen an Haaren oder Nägeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____ _____		
Hatten Sie in der Vergangenheit Zeckenbisse oder vor kurzem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann war das? _____		

24. Gynäkologische Anamnese

In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf? _____

Wie lange ist die Zyklusdauer? _____

Wie ist die Blutungsstärke? schwach normal stark

Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?

Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste?

Nehmen Sie Verhütungsmittel („Pille“) ein?

Seit wann? _____

Nehmen Sie andere Hormonpräparate ein?

Sind sie schwanger?

Wann trat die letzte Regelblutung auf? (Menopause) _____

25. Was Ihnen sonst noch „auf dem Herzen liegt!“

26. Was ist Ihr Auftrag an mich?

Naturheilpraxis
in der Mitte



Mühlenstraße 4 | 46354 Südlohn-Oeding

Roswitha Teuber

Tel 02862 30 39 602 | Mobil 0174 9806226

E-Mail teuber@naturheilpraxis-in-der-mitte.de

Mehr über den Beruf des
Heilpraktikers unter
www.heilpraktikerfakten.de