

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!



Ich würde mich freuen, wenn Sie ein Foto von sich für mich einkleben.
Danke!

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 _____

Wann war ihre letzte Impfung? _____

4. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie in letzter Zeit auffällig an Gewicht <u>abgenommen</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wieviel? _____ kg Seit wann? _____ | | |
| Haben Sie in letzter Zeit auffällig an Gewicht <u>zugenommen</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wieviel? _____ kg Seit wann? _____ | | |

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

* wird in meiner Praxis untersucht

6. Medikamenteneinnahme

Welche Medikamente nehmen Sie momentan ein ...

... oder haben eingenommen?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? Bitte tragen Sie die entsprechenden Präparate ein. Geben Sie die Dosierungsangaben an. _____

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

7. Sind Vorerkrankungen bekannt?

- Diabetes mellitus Bluthochdruck Gicht
 psych. Erkrankungen Epilepsie
 Andere _____

Operationen

Wann? _____

Welche? _____

Gelenkersatz

Wann? _____

Wo? _____

8. Familienanamnese

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

9. Soziale Anamnese

Hobbys? _____

Letzter Urlaub, wann? Wo? _____

	Ja	Nein
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sportart? _____ Wie häufig? _____

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt? (z.B. Mobbing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Welche? _____

Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Welche? _____

Wohnen Sie in einem älteren Haus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie ist der Zustand der Wasserleitungen in Ihrem Haus? _____

10. Allergien

	Ja	Nein
Leiden Sie unter Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche? _____

Haben Sie bei Ihrem Zahnarzt schon einmal allergisch auf ein lokal wirkendes Betäubungsmittel reagiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

11. Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Sind Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt?

Fructosemalabsorption Laktoseintoleranz Histaminintoleranz

Andere _____

12. Allgemeine Lebensführung

	Ja	Nein
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wieviel? _____

Was? _____

	Ja	Nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wieviel? _____ Seit wann? _____		
Seit wann nicht mehr? _____		
Ist Ihr Schlaf erholsam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Ein-oder Durchschlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie lange liegen Sie wach? _____		
Wie entspannen Sie sich? _____		

Haben Sie auffallend viel Durst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen sie ihre tägliche Trinkmenge ein _____ Liter.		
Was trinken Sie und wie viel davon? _____		

Leiden Sie zurzeit oder öfter unter Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Nachtschweiß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie sich Nachts umziehen, weil Sie durchgeschwitzt sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Vegetarier oder verzichten sie bewußt auf bestimmte Lebensmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		

Essen Sie regelmäßig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu welchen Tageszeiten nehmen Sie ihre Mahlzeiten zu sich?		

13. 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
Drängen sich bei Ihnen Glaubenssätze auf, wie: „Das schaffe ich sowieso nicht.“ „Ich bin nicht gut genug dafür.“ oder „Ich bin schuld.“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
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?	<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

Tragen Sie ihr Leistungsniveau über den Tag ein (1 wenig Energie - 10 viel Energie).

Uhrzeit	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	

14. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme mit dem Hören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufiger und/oder länger anhaltenden Schnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

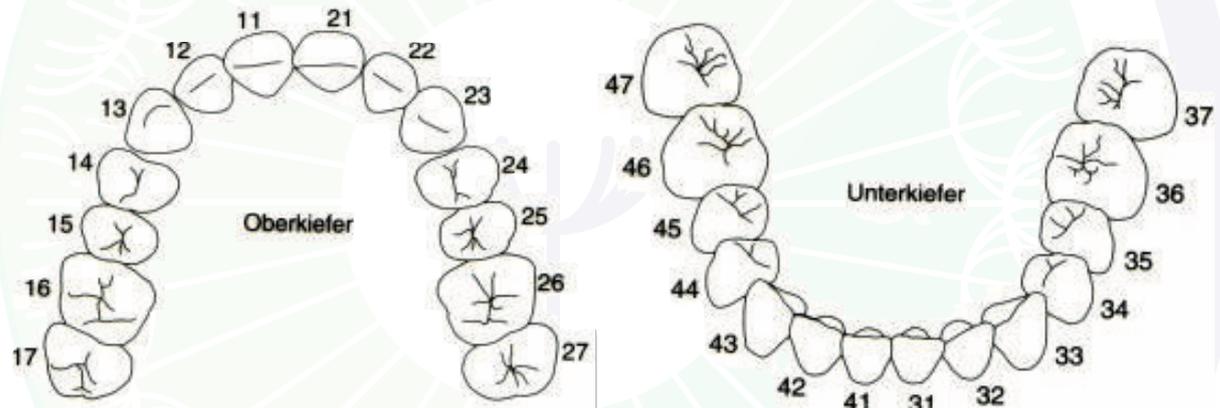
Wie häufig im Jahr und wie lange haben sie Infekte?
Häufigkeit/Jahr _____ Länge _____

Leiden Sie unter Schwindel? (drehend, schwankend, in eine bestimmte Richtung, auf- und absteigend, aus dem Liegen heraus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Beschreibung: _____		

	Ja	Nein
Wird Ihnen schnell schwarz vor Augen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es ein Gefühl von „Nebel im Kopf“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. 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:		



16. Halsbereich

	Ja	Nein
Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schluckbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals oder Druckgefühl (evtl. vermehrt im Liegen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Vergrößerung der Schilddrüse bei sich festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Heiserkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann? _____		

17. Brustbereich

	Ja	Nein
Leiden Sie unter Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann? _____		
Wie ist der Auswurf beschaffen? _____		
Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma-Bronchiale-Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Haben Sie Druck-oder Engegefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie (manchmal) das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Bauchbreich

	Ja	Nein
Leiden Sie unter Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		

Treten innerhalb von 30 Minuten nach Nahrungsaufnahme Blähungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Müssen Sie häufig Luft aufstoßen? Unter anderem morgens direkt nach dem aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Besteht eine Abneigung gegen Fleisch? Seit wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Heißhunger auf bestimmte Nahrungsmittel bzw. Heißhunger-Attacken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Welche? _____

Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

... Sodbrennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------

... Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------

Geschwüre der Mundschleimhaut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------	--------------------------

Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Welche? _____

Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Welche? _____

Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Waren Sie schon einmal bei einer Darmspiegelung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, wann war die letzte Untersuchung? _____

19. Arme und Hände

	Ja	Nein
Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen Ihnen nachts, in den frühen Morgenstunden die Hände ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände oder Finger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden sie unter Gefühlsstörungen oder Taubheitsgefühlen der Hand oder einzelner Finger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern Ihre Hände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sie Beschwerden in den Armen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		

20. Beine und Füße

	Ja	Nein
Leiden Sie unter Krampfadern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten nachts Wadenkrämpfe auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen in den Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt eine Pause einlegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Schmerzen in den Kniegelenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Hüftgelenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Fußgelenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. 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"/>

Für Männer ab 45 Jahren

Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge?

Ja

Nein

Wenn ja, wann war die letzte Untersuchung? _____

22. Haut, Haare, Nägel

Leiden Sie unter Hautveränderungen?

Ja

Nein

Hautjucken?

Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf?

Heilen bei Ihnen Wunden schlecht aus?

Haben Sie Narben(durch Operationen od.Unfälle)
die Sie stören oder die Sie als unangenehm empfinden?

Wo befinden sich die Narben? _____

Leiden Sie unter Haarausfall?

Seit wann? _____

Leiden Sie unter brüchigen Nägeln?
sonstige Veränderungen an Haaren oder Nägeln?

Welche? _____

Hatten Sie in der Vergangenheit Zeckenbisse oder vor kurzem?

Wann war das? _____

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

24. Was ist Ihr Auftrag an mich?

25. Gynäkologische Anamnese

In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf? _____

Wie lange ist die Zyklusdauer? _____

Wie ist die Blutungsstärke?

schwach

normal

stark

	Ja	Nein
Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann war die letzte Untersuchung? _____		
Tasten Sie regelmäßig ihre Brüste ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Verhütungsmittel („Pille“) ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann? _____		
Nehmen Sie andere Hormonpräparate ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann trat die letzte Regelblutung auf? (Menopause) _____		

26. Menopause-Bewertungsskala

Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit?

Kreuzen Sie bitte für jede Beschwerde an wie stark Sie davon betroffen sind. Wenn Sie eine Beschwerde nicht haben, kreuzen Sie bitte „keine“ an.

Beschwerden	keine 0	leicht 1	mittel 2	stark 3	sehr stark 4
Wallungen, Schwitzen (Aufsteigende Hitze, Schweißausbrüche)					
Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern, Herzbeklemmungen)					
Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen)					
Depressive Verstimmung (Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)					
Reizbarkeit (Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität)					
Ängstlichkeit (Innere Unruhe, Panik)					
Körperliche und geistige Erschöpfung (Allgemeine Leistungsminderung, Gedächtnis-minderung, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit)					
Sexualprobleme (Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Bestätigung und Befriedigung)					

Beschwerden	keine 0	leicht 1	mittel 2	stark 3	sehr stark 4
Harnwegsbeschwerden (Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harndrang)					
Trockenheit der Scheide (Trockenheitsgefühl oder Brennen der Scheide, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)					
Gelenk- und Muskelbeschwerden (Schmerzen im Bereich der Gelenke, Rheuma-ähnliche Beschwerden)					

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