



Anamnesebogen Erwachsener

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der ganzheitlichen Medizin ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Wir sind daher auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen; denn je genauer und umfassender die Informationen sind, desto besser können wir uns auf Sie und Ihre Beschwerden vorbereiten.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken ihn uns vor Ihrem Termin per Fax, E- Mail oder auch per Post oder bringen ihn einfach zu Ihrem Termin mit. Ihre Angaben sind freiwillig und werden streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam für ganzheitliche Medizin am Nordbahnhof

I. Allgemeine Angaben:

Name/Vorname _____ Geb. am _____

Bei **Kindern** Name des/der Erziehungsberechtigten: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ eMail: _____

Krankenversicherung: _____ Beihilfeberechtigung: Ja Nein

Selbstzahler: JA NEIN (da Private KV)

Beruf/ausgeübte Tätigkeit: _____

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

II. Aktuell

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

Anamnesebogen Erwachsener

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z. B.: Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

3. Was ist Ihr Wunsch, Ihr Ziel an mich?

III. Zu Ihrer Person:

1. Liegen **Allergien/Unverträglichkeiten** vor? JA NEIN

Wenn ja, welche?: _____

2. Welche **Vorerkrankungen** sind Ihnen bekannt?

Herz:
Lunge:
Leber:
Niere/Blase:
Bewegungsapparat:
Psyche:
Sonstiges:

Anamnesebogen Erwachsener

3. Traten bestimmte **Erkrankungen in der Familie** gehäuft auf?

4. Zahnärztliche Erkrankungen:

Zahnfleischbluten Parodontose Wurzelbehandelte Zähne Implantate

Zahnfüllungen aus: o Amalgam o Keramik o Kunststoff o Gold

Wurden Zahnfüllungen aus Amalgam entfernt? Ja, wann: _____ Nein

Wurde eine Quecksilber-Ausleitungstherapie durchgeführt? Ja, wann: _____ Nein

5. Bestehen Probleme mit dem **Darm**?

Verstopfung Durchfall Reizdarm M. Crohn Colitis Ulcerosa

Nahrungsmittelunverträglichkeiten: O Laktose O Fruktose O Histamin

Anderes: _____

6. Bestehen Erkrankungen der **Schilddrüse**?

Vergrößerung der Schilddrüse M. Hashimoto M. Basedow Entzündung

Krebserkrankung Radiojodtherapie

Operation: O Teilentfernung O Komplette Entfernung

Schilddrüsen-Medikamente: _____



Anamnesebogen Erwachsener

7. Hormone bei der Frau:

Zyklus vorhanden? Ja Nein Zyklusschwankungen Ja Nein

Zyklusdauer: _____ Tage

Alter bei 1. Regelblutung: ca. ____ Jahre Alter bei letzter Regelblutung: ca. ____ Jahre

Anzahl Schwangerschaften: _____ Abgänge/Fehlgeburten, SSW: _____

Hormonelle Verhütung (Pille, Hormonspirale): _____

Mechanische Verhütung (Spirale, Kupferkette...): _____

8. Hatten Sie Infektionskrankheiten wie

Masern Mumps Röteln Windpocken Scharlach

Keuchhusten Kinderlähmung Malaria Tuberkulose Salmonellose

Pfeiffersches Drüsenfieber (EBV) Borreliose (Zecke)

andere: _____

9. Welche (Auffrischungs-)Impfungen haben Sie erhalten? Wann?

Diphtherie Tetanus Polio Hepatitis Mumps Masern Röteln

Gelbfieber Keuchhusten TBC Grippe Windpocken FSME

Covid 19: 1. Impfung am _____ 2. Impfung am _____ 3. Impfung am _____

Gab es Reaktionen?

Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, sonstige:



Anamnesebogen Erwachsener

10. Welche **Medikamente** und/oder **Nahrungsergänzungsmittel** nehmen Sie derzeit ein?

11. Hatten Sie **Operationen**? JA NEIN

Wenn ja, wann und welche?: _____

12. **Ernährungsgewohnheiten (überwiegend):**

Mischkost Vollwertkost Fast Food Vegetarisch Vegan

Sonstiges: _____

Heißhunger auf Süßes Salzige Bitteres

13. Bestehen **Abhängigkeiten oder Suchten**?

<input type="radio"/> Nikotin:	<input type="radio"/> Alkohol:	<input type="radio"/> Medikamente:	<input type="radio"/> Drogen:
--------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

Ort, Datum

Unterschrift