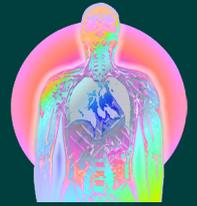


# Anamnese Fragebogen



Füllen Sie den Fragebogen aus und bringen ihn zum Erstgespräch mit. Bei den Beispielen bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. mit eigenen Worten in den entsprechenden Feldern ergänzen.

## Persönliche Daten

Vorname

Name

Straße

PLZ

Ort

Geburtstag

Geburtsort

Telefon

Email

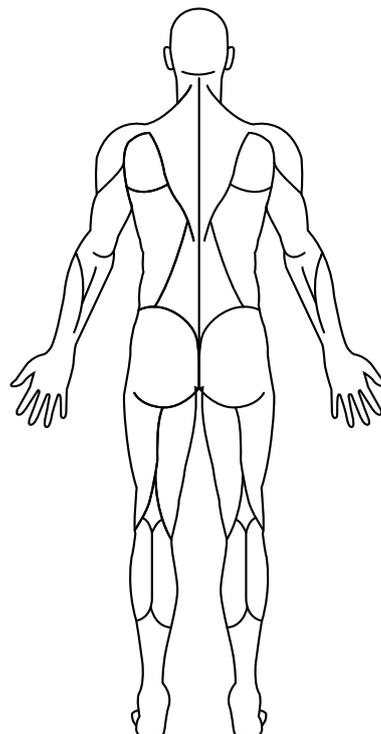
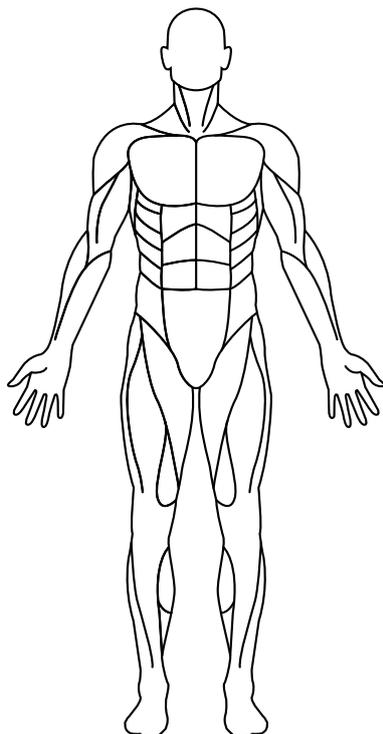
Körpergröße

Gewicht

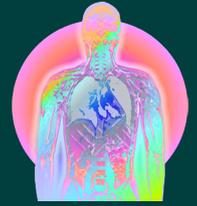
Beruf

Familienstand

## An welchen Körperstellen haben Sie akut Beschwerden?



# Anamnese Fragebogen



## Unter welchen Beschwerden leiden Sie und seit wann?

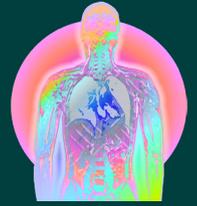
1. seit
2. seit
3. seit
4. seit
5. seit
6. seit
7. seit
8. seit

## Welches nachfolgende Ereignis gab es vor Ihren jetzigen akuten Beschwerden?

- |            |              |
|------------|--------------|
| Erkrankung | Schreck      |
| Operation  | Hautprobleme |
| Trauer     | andere..     |
| Kummer     |              |

## Welche Therapien wurden bereits gegen Ihre Beschwerden verordnet?

# Anamnese Fragebogen

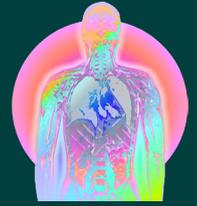


**Welche Medikamente bzw. Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?**

**Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht und mit welchem Ergebnis?**

**Welche Erwartungen haben Sie an meine Behandlung?**

# Anamnese Fragebogen



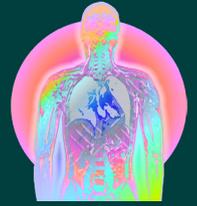
## Unter welchen Symptomen leiden Sie?

Mangelnde Konzentration	Kalter Schweiß	Wo?
Müdigkeit & Erschöpfung	Warmer Schweiß	Wo?
Verstärkte Reizbarkeit	Sehr schnelles Frieren	
Ängste	Kalte Füße	
Schuldgefühle	Kalte Hände	
Konflikte	Sehr belastbar	
Sehr schnelles Schwitzen	Mäßig belastbar	
Schwitzen in der Nacht	Nicht belastbar	

## Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

	häufig	selten	nie	Auslöser
Stirn/Augen-Schläfenregion				
Hinterhauptregion				
Morgens				
Abends				
Halbseitig				
Doppelseitig				
Links				
Rechts				
Wandernd von links nach rechts				
Wandernd von rechts nach links				

# Anamnese Fragebogen



## Leiden Sie unter Haarausfall?

Ja, seit  Nein

Kreisrunder Haarausfall

Vereinzelter Haarausfall

## Haben Sie Probleme mit den Ohren?

Mittelohrentzündung

Schmerzen links

Ohrengeräusche

Schmerzen rechts

Ohrendruck

Schmerzen beidseitig

Schwerhörig

## Haben Sie Probleme mit der Nase?

Operationen

Absonderungen

Nasennebenhöhlenentzündung

wässrig

Heuschnupfen

eitrig

Behinderte Nasenatmung

grünlich

Allergien auf

## Haben Sie Probleme mit den Augen?

Ja, Brille seit  Nein

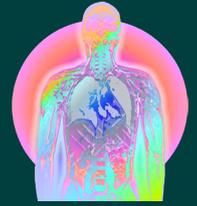
Bindehautentzündung

Sonstige Beschwerden

kurzsichtig

weitsichtig

# Anamnese Fragebogen



## Haben Sie Probleme mit den Mandeln?

Ja, seit	Nein
Operation	als Kind
Häufige Mandelentzündungen	

## Haben Sie Probleme mit der Schilddrüse?

Ja, seit	Nein
Operation	Vergrößerung
Unterfunktion	Überfunktion

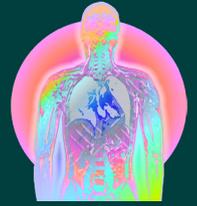
## Haben Sie Probleme mit den Zähnen?

Ja, seit	Nein
Wurzelbehandelte Zähne	Parodontose/Paradontitis
Tote Zähne	Kiefergelenkschmerzen
Geräusche beim Kauen	Kiefergelenkblockaden
Zähneknirschen	Kiefergelenkschmerzen
Probleme mit Weisheitszähnen	

## Welche Zahnwerkstoffe wurden eingesetzt?

Amalgam	Gold
Titan	Palladium
Keramik	Implantate
Kunststoff	

# Anamnese Fragebogen

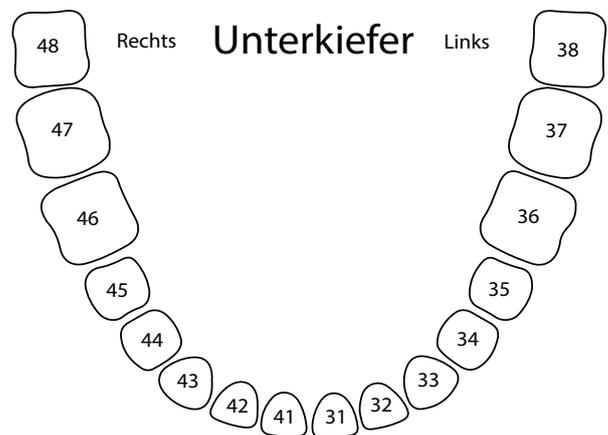
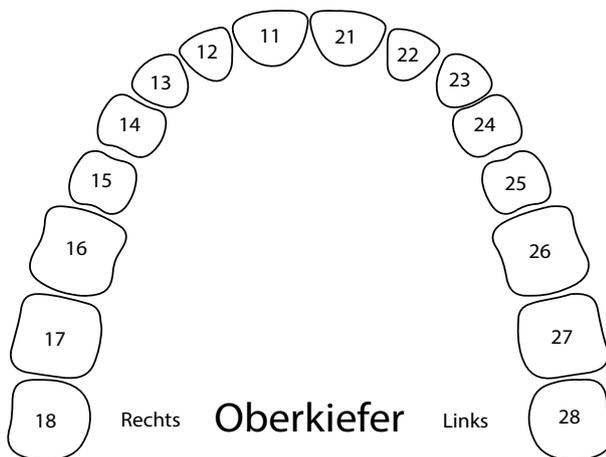


## Wurden Amalgamfüllungen entfernt?

Ja

Nein

## Bitte markieren Sie behandelte oder erkrankte Zähne.



## Haben Sie Probleme mit dem Herzen?

Ja, seit

Nein

Stechen

Infarkt

Druckgefühl

Beklemmung

Rythmusstörungen

## Haben Sie Probleme mit dem Magen?

Ja, seit

Nein

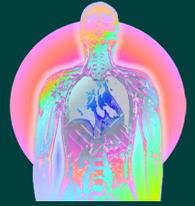
Völlegefühl

Gastritis

Sodbrennen

Appetitlosigkeit

# Anamnese Fragebogen



## Haben Sie Probleme mit dem Rücken?

Ja, seit	Nein
Schmerzen	Ischias
Hexenschuss	Skoliose
Verspannungen	Myoklyosen
Beweglichkeit	Reuma
Belastungen	

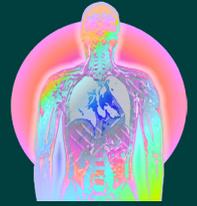
## Haben Sie Probleme mit den Beinen?

Ja, seit	Nein
Schmerzen	Krampfadern
Verletzungen	Operationen
Kalte Füße	Kribbeln
Taubheitsgefühl	

## Haben Sie Probleme mit den Armen?

Ja, seit	Nein
Schmerzen	Tennisellenbogen
Verletzungen	Kalte Hände
Kribbeln	

# Anamnese Fragebogen



## Haben Sie Probleme mit dem Darm?

Ja, seit	Nein
Infektionen	Hämorrhoiden
Blinddarm-OP	Reizdarm
Blähungen	Polypen
Chronische Darmerkrankungen	Verwachsungen

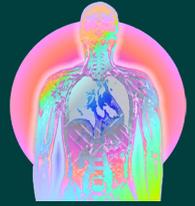
## Haben Sie Probleme mit dem Stuhlgang?

Ja, seit	Nein
Riecht nach	Kann Stuhl nicht halten
Konsistenz	Gefühl nicht fertig zu werden
Täglicher Stuhlgang	Neigung zur Verstopfung
Jeden 2. Tag Stuhlgang	Neigung zum Durchfall
unregelmäßiger Stuhlgang	

## Haben Sie Probleme mit dem Harn?

Ja, seit	Nein
Riecht nach	Häufiger Harndrang
Viel Harn	Kann nicht halten
Wenig Harn	

# Anamnese Fragebogen



## Haben Sie Probleme mit der Galle?

Ja, seit	Nein
Steine	Koliken
Operationen	Druck im Oberbauch
Fettunverträglichkeit	

## Haben Sie Probleme mit der Haut oder Nägeln?

Ja, seit	Nein
Verbrennungen	Hautjucken
Narben	Warzen
Geschwüre	Pilze
Nagelbettentzündungen	Eingewachsene Nägel
Allergien auf	

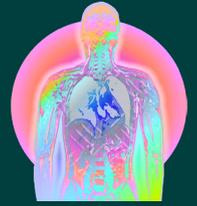
## Haben Sie Probleme mit der Niere oder Blase?

Ja, seit	Nein
Nierensteine	Entzündungen
Häufig	

## Haben Sie Probleme mit der Lunge?

Ja, seit	Nein
Bronchitis	Häufig Husten
Atemnot	

# Anamnese Fragebogen



## Haben Sie Probleme mit der Leber?

Ja, seit

Nein

Entzündungen

Hepatitis

## Haben Sie Probleme mit der Brustdrüse?

Ja, seit

Nein

Beschwerden

Operationen

## Haben Sie Gynäkologische oder Urologische Probleme? (Frau)

Ja, seit

Nein

Schmerzen

Zysten

Eierstockentzündungen

Myome

Ausschabungen

Geschlechtskrankheiten

Tumore

Sterilisation

Abtreibungen

Fehlgeburten

Geburten, wie viele

## Haben Sie Ausfluss? (Frau)

Ja, seit

Nein

Stark

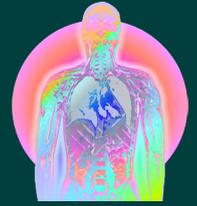
Weiß

Gelb

Wundmachend

Färbt die Wäsche

# Anamnese Fragebogen



## Haben Sie Probleme mit Ihren Blutungen? (Frau)

Ja, seit	Nein
Hell	Dunkel
Klumpig	Braun
Regelmäßig	Unregelmäßig
Erste Menses	Letzte Menses

## Verhüten Sie? (Frau)

Ja, seit	Nein
Antibabypille	Spirale
Hormonspritze	

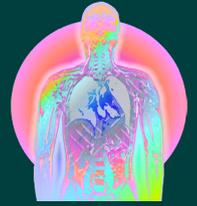
## Haben Sie Gynäkologische oder Urologische Probleme? (Mann)

Ja, seit	Nein
Prostata vergrößert	Entzündungen
Beschwerden beim Urinieren	Geschlechtskrankheiten
Errektionsprobleme	Sterilisation

## Haben Sie Probleme mit Ihrer sexuellen Gesundheit?

Ja, seit	Nein
Vermindert	Verstärkt
Unbefriedigt	Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

# Anamnese Fragebogen



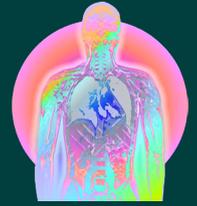
## Welche Nahrungsmittel essen Sie wie häufig?

	Nie	Selten	1x pro Tag	Mehrmals täglich
Milchprodukte				
Süßigkeiten				
Weißmehlprodukte				
Kuchen				
Eier				
Zucker				
Fleisch				
Fisch				
Obst				
Gemüse				
Nüsse				

## Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

Funkmasten in der Nähe	Überland-/Bahnoberleitungen in der Nähe
Bäche, Flüsse in der Nähe	Schimmelpilzbelastung
Antiquitäten/Holzschutzmittel	Teppichböden
Mikrowelle	Ledermöbel

# Anamnese Fragebogen



## Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

Schnurlose Telefone

Wasserbett

Wlan

Eingebauter elektrischer Motor

Elektrische Geräte auf standby

## Haben Sie Schlafprobleme

Ja, seit

Nein

Schlaflosigkeit

Unruhe in den Beinen

Sprechen im Schlaf

Nachtschweiß

Heiße Füße

Kalte Füße

Zähneknirschen

Lebhafte Träume

Häufiges Erwachen

Uhr

Probleme beim Einschlafen

Nächtl. Urinieren

Mal

## Was trinken Sie?

Wasser ohne Kohlensäure

Fruchtsäfte

Wasser mit Kohlensäure

Softdrinks

Kaffee

Tee

Milch

Bier/Alkohol

## Wieviel Liter trinken Sie täglich?

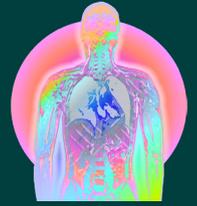
Unter 500ml

Unter 1 Liter

Ca. 1-2 Liter

Über 2 Liter

# Anamnese Fragebogen



## **Treiben Sie regelmäßig Sport?**

Ja

Nein

## **Wurde Ihr Schlaf- bzw. Arbeitsplatz baubiologisch untersucht? (auf Umwelttoxine, Elektromog, usw.)**

Ja

Nein

## **Wurden Sie gestillt?**

Ja

Nein

## **War Ihre Geburt eine natürliche?**

Ja

Nein

## **Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**

Ja, diese

Nein

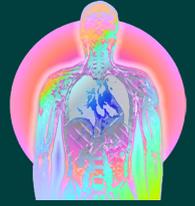
## **Bestehen bei Ihnen Nahrungsmittelallergien?**

Ja, diese

Nein

## **Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?**

# Anamnese Fragebogen



## Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten zu ändern?

Ja

Nein

## Welche Infektionskrankheiten haben Sie gehabt?

Masern

Keuchhusten

Mumps

Windpocken

Röteln

Scharlach

Tetanus

Kinderlähmung

Malaria

Ruhr

Salmonellose

Siphilis

Tropenkrankheiten

Tuberkulose

Gonorrhoe (Tripper)

Pfeifersches Drüsenfieber

## Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

Krebs

Tuberkulose

Geisteskrankheiten

Geschlechtskrankheiten

Herzkrankheiten

Epilepsie

Gefäßerkrankungen

Schlaganfall

Asthma

Diabetes

Rheuma

Gicht

Allergien

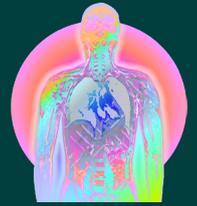
Steinkrankheiten

Schuppenflechte

Multiple Sklerose

Andere

# Anamnese Fragebogen



## Welche Impfungen haben Sie erhalten?

Tuberkulose (BCG)	Röteln
Polio (Kinderlähmung)	Cholera
Gelbfieber	Diphtherie
Tetanus	Hepatitis
HIB	Pocken
Keuchhusten	Grippe
Maser	Mumps
Andere	

## Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Ja, diese  Nein

## Wurden obige Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

Ja, diese  Nein

## Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

Ja  Nein

## Haben Sie Narben von Operationen?

Ja  Nein

# Anamnese Fragebogen



**Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen chronologisch von Ihrer Kindheit bis heute:**

Vielen herzlichen Dank für das Ausfüllen des Anamnesebogens.

Nach Erhalt werde ich gerne einen Termin für Sie vereinbaren. Ich bitte Sie darum, diesen Termin pünktlich wahrzunehmen, da ich etwa 30-90 Minuten für die fortlaufende Anamnese und Untersuchung einplane, um Ihnen bestmöglich helfen zu können.

Wenn eine Blutabnahme erforderlich sein sollte, bitte ich Sie darum, nüchtern zu erscheinen. Eventuell benötige ich auch eine Probe des ersten Morgenurins. Keine Sorge, ich werde Ihnen dazu dann weitere Informationen geben.

Um die bestmögliche Behandlung für Sie zu gewährleisten, wäre es hilfreich, wenn Sie sämtliche relevante Untersuchungsergebnisse (Laborberichte, Arztbriefe, Befunde von Fachärzten, Tumormappe, etc.) zur Erstuntersuchung mitbringen könnten.

Ich danke Ihnen herzlich im Voraus und freue mich darauf, Sie in Ihrer gesundheitlichen Situation bestmöglich zu unterstützen.

**Ihre Privatpraxis für Individual- und Präventivmedizin.**

Dr. med. Beate Knaur