

Anamnesebogen

Ausfülldatum:

1. Nachname:

Vorname:

Adresse:

Telefon:

Email:

Krankenkasse:

Zusatzversicherung Heilpraktiker? ☐ ja/ ☐ nein

2. Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

3. Geburtsdatum:

4. Personenstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet
☐ geschieden

5. Leben Sie in häuslicher Gemeinschaft (Mehrfachantworten sind möglich):

- ☐ ich lebe mit Ehepartner/Partner
☐ ich lebe mit Eltern/Schwiegereltern
☐ ich lebe mit Kindern: Anzahl: _____ Alter: _____ Geschlecht (m/w): _____
☐ ich lebe mit anderen Verwandten
☐ ich lebe mit Freunden/Bekannten
☐ nein, ich lebe allein

6. Körpergröße (cm): _____ Körpergewicht (kg): _____

Gewichtsverlust / -zunahme _____ letzte 6 Monate: _____

letztes Jahr: _____ bei Gewichtsverlust: ungewollt? ☐ ja/ ☐ nein

7. Für Frauen: ☐ schwanger ☐ stillen

8. Tragen Sie eine Spirale? ☐ ja ☐ nein

9. Wie viele Schwangerschaften hatten Sie?

- a. Davon Geburten? _____ normal: _____ Kaiserschnitt: _____
b. Geburtsverlauf? _____

10. Name, Adresse und Telefonnummer des überweisenden Arztes oder Therapeuten:

11. Name, Adresse und Telefonnummer des Hausarztes:

12. Wie ist/war Ihre Beschäftigungsart am besten zu beschreiben?

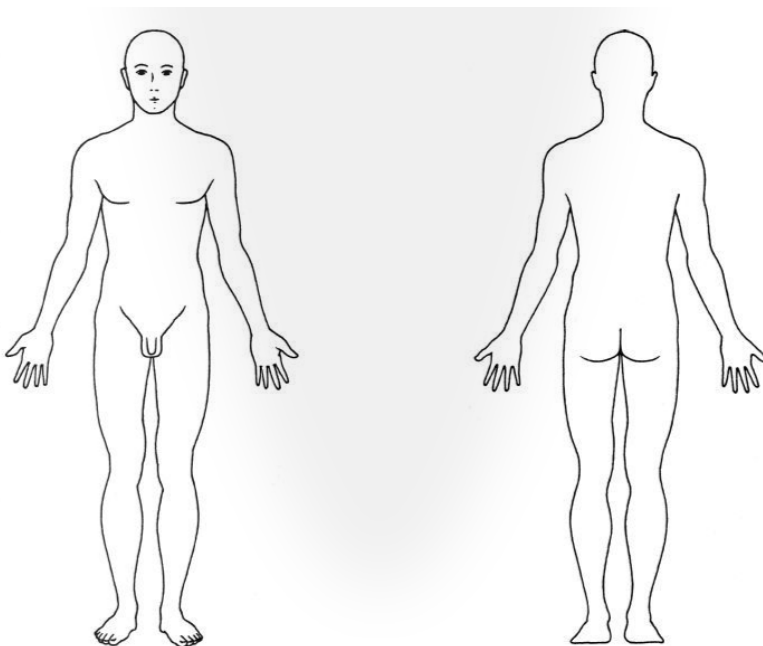
Beruf:

(ggf. auch bisheriger/zukünftiger Beruf)

- ☐ Hausmann/ -frau ☐ Schule/Ausbildung ☐ Arbeitslos
☐ Berentet, altershalber ☐ Berentet, gesundheitshalber ☐ Berentet, freiwillig

13. Wie schätzen Sie die körperliche Belastung durch Ihre momentane Tätigkeit ein?
- ☐ geringe körperliche Belastung ☐ mittlere körperliche Belastung
- ☐ hohe körperliche Belastung
14. Wie viele Tage waren Sie in den letzten sechs Monaten wegen Ihrer Schmerzen arbeitsunfähig?
15. Bitte beschreiben Sie die aktuellen Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten, eventuell mit Diagnosen. Seit wann?

16. Bitte geben Sie in den Körperschemata Ihre Schmerzgebiete oder Bereiche mit veränderten Empfinden an, umkreisen Sie dabei die für Sie wichtigen Bereiche.



17. Wie häufig treten Ihre Hauptschmerzen auf? (Bitte nur eine Angabe machen.)
- ☐ wenige Male pro Jahr ☐ wenige Male pro Monat
- ☐ mehrmals pro Woche ☐ einmal täglich
- ☐ mehrmals täglich ☐ meine Schmerzen sind dauernd vorhanden
18. Bitte beschreiben Sie den Verlauf und die Ausbreitung der Beschwerden, Symptomen und/oder Krankheiten seit dem Entstehen bis zum heutigen Tage.

19. Welche Ursachen oder Gründe gibt es, Ihrer Meinung nach, für das Entstehen Ihrer Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten?
20. Was bewirkt in den letzten Wochen eine Besserung Ihrer Beschwerden?
Nehmen Sie Schmerzmittel? Wenn ja welches und wie oft?
21. Was bewirkt in den letzten Wochen eine Verschlechterung Ihrer Beschwerden?
22. Welche Diagnostik ist bislang für die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten durchgeführt worden – wer hat diese durchgeführt?
23. Welche Therapien sind bislang für die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten durchgeführt worden – wer hat diese durchgeführt?
24. Welche Ergebnisse hat/ haben diese Therapie/n erzielt?
25. Wie häufig wurde bei Ihnen in den letzten sechs Monaten wegen Ihrer Schmerzen Behandlungen (z.B. Krankengymnastik, Massagen, Akupunktur etc.) durchgeführt?
☐ noch nie ☐ ca. Termine

26. Welche Möglichkeiten der Selbsthilfe zur Linderung oder Ablenkung stehen Ihnen zur Verfügung?

27. Leiden Sie unter Ein-/ Durch-/ Schlafstörungen?

28. Haben Sie regelmäßig Stuhlgang?

☐ 2-3x/ Woche

☐ täglich

29. Leiden Sie an Durchfall oder Verstopfungen?

Durchfall

Verstopfungen

☐ wechselnd

täglich

regelmäßig

☐ ab und zu

gar nicht

30. Bitte **kreuzen** Sie an, welche der folgenden Allgemeinsymptome Sie haben:

Übelkeit – Schwitzen – Erbrechen

Herzklopfen – Herzrasen – Bluthochdruck – Herzrhythmusstörungen

Atemnot – Husten – Auswurf

Schlafstörungen

Antriebslosigkeit – Müdigkeit

Veränderung des Appetits oder des Durstgefühls

Veränderung des Stuhlverhaltens

Veränderung des Wasserlassens

Gereiztheit – Wutanfälle

Angst – Panik

Niedergeschlagenheit – Grübelzwang

31. In welchen der folgenden Bereichen haben/hatten Sie Beschwerden oder Vorerkrankungen?

	Habe	Hatte
Haut (z.B. Neurodermitis, Psoriasis, Sklerodermie)		
Schädel/Hirn (z.B. Schädelbasisbruch, Schlaganfall, Epilepsie, MS)		
Trigeminusneuralgie		
Nerven (z.B. Taubheit, Brennen, Koordination)		
Augen (z.B. Sehstörungen, Lichtempfindlichkeiten)		
Störungen der Augenbewegungen, Augenzittern		
Ohren (z.B. Ohrgeräusche, Hörsturz, Geräuschempfindlichkeit)		
Gleichgewicht (Gleichgewichtsstörungen, Schwindel)		

Nasen/Nebenhöhlen (z.B. Polypen)		
Geruchsstörungen – Geruchsempfindlichkeiten		
Zähne (z.B. Wurzelspitzenentfernung, Wurzelfüllungen)		
Zahnfleisch (z.B. Parodontitis)		
Zunge/Wange/Gaumen/Mundschleimhaut (z.B. Brennen)		
Geschmacksstörungen – Geschmacksmissempfinden		
Störungen der Kaufähigkeit – Kaumuskelverkrampfungen		
Störungen der Gesichtsmuskeln oder Ticks		
Rachen (z.B. Mandelentzündung, Entfernung)		
Sprechstörungen – Heiserkeit		
Schluckstörungen		
Magen/Zwölffingerdarm (z.B. Sodbrennen, Geschwüre)		
Leber/Galle (z.B. Gelbsucht)		
Bauchspeicheldrüse (z.B. Diabetes)		
Blinddarm (z.B. Blinddarmentfernung)		
Dickdarm (z.B. Verstopfung)		
Dünndarm (z.B. Durchfälle)		
Enddarm/After (z.B. Divertikel, Hämorrhiden)		
Lufttröhre/Bronchien (z.B. Kratzen im Hals, Bronchitis)		
Lungen (z.B. Lungenentzündung, Tuberkulose)		
Herz (z.B. Herzrhythmusstörungen, hoher/niedriger Blutdruck)		
Nieren/Harnleiter (z.B. Koliken, Nierensteine)		
Blase/Harnröhre (z.B. Blasenentzündung)		
Hoden/Prostata (z.B. Prostatitis)		
Eierstöcke/Eileiter (z.B. Eileiterschwangerschaft)		
Gebärmutter/Scheide (z.B. Regelbeschwerden, Geburtsprobleme)		
Brüste (z.B. Zysten)		
Schilddrüse (z.B. Kropf, Über- oder Unterfunktion)		
Nebennieren		
Kiefergelenke (z.B. Gelenkknacken, Schmerzen)		
Nacken/Kopfgeelenke (z.B. Bandscheibenprobleme, Blockaden)		
Schultern/Oberarme		
Ellenbogen/Unterarme		

Handgelenke/Hand/Finger		
Brustwirbelsäule/Brustkorb		
Lendenwirbelsäule (z.B. Bandscheibenprobleme)		
Becken/Gesäß (z.B. Beckenschiefstand)		
Hüften/Leisten/Oberschenkel (z.B. Hüftgelenkverschleiß, Prothese)		
Knie/Unterschenkel (z.B. Meniskusprobleme)		
Fußgelenke/Fuß/Zehen		
Hormonsystem (z.B. Wechseljahre)		
Blut (z.B. Blutgerinnungsstörungen, Bluterkrankung)		
Lymph (z.B. Elephantiasis)		
Autoimmunerkrankung (z.B. Rheuma)		

32. Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Infektionskrankheiten Sie haben (ggf. hatten):

- ☐ Hepatitis
- ☐ Borreliose
- ☐ Gürtelrose
- ☐ Lippenherpes oder Genitalherpes
- ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber
- ☐ HIV/AIDS

weiter/andere:

33. Welche Kinderkrankheiten hatten Sie? (Bitte ankreuzen)

- ☐ Mittelohrentzündung (Seite?)
- ☐ Keuchhusten
- ☐ Masern
- ☐ Scharlach
- ☐ Röteln
- ☐ Windpocken
- ☐ Polio
- ☐ Diphtherie
- ☐ Mumps

weitere/ andere:

34. Wie verlief Ihre eigene Geburt?

35. Wie würden Sie ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

☐ Ausgezeichnet

☐ Sehr gut

☐ Gut

☐ Weniger gut

☐ Schlecht

36. Welche Unfälle haben Sie erlitten?

37. Welche Aufenthalte in Krankenhäusern oder Reha-Zentren haben stattgefunden? (bitte den Grund dafür angeben)

38. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit in welcher Dosierung?

39. Haben Sie Allergien, Unverträglichkeiten (z.B. gegen Medikamente, Staube, Blütenpollen, Nahrungsmittel, Elektrostrahlung) oder andere Probleme mit dem Immunsystem? Wenn ja, welche?

40. Wie ernähren Sie sich?

vorwiegend biologisch		vorwiegend herkömmlich	
Mischung aus beiden			
vegan		laktovegetarisch	
mit Fisch		mit Fleisch (welches?)	

Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

Wenn ja, gegen was?

Spezielle Diät:

	Was? warm/ kalt?
Frühstück:	
Mittag:	
Abendbrot:	

41. Wie viel Wasser/Flüssigkeiten trinken Sie täglich? Was?

42. Bitte **kreuzen** Sie an, welche Stoffe Sie mehrfach täglich oder wöchentlich zu sich nehmen:

Alkohol	Süßigkeiten/	Schokolade/	Kakao
Kaffee /	Schwarztee	Aufputzmittel	
Tabak		Marihuana	

weiter/andere:

43. Welche Einflüsse haben die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten auf Ihre persönlichen Lebensumstände?

44. Welche Einflüsse haben die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten auf Ihre Stimmungslage?

45. Welche Einflüsse haben die Beschwerden, Symptome und/oder Krankheiten auf Ihr soziales Umfeld (Familie, Freunde, Arbeit – Studium – Schule)?

46. Welche bedeutsamen Lebensereignisse haben in Ihrem Leben stattgefunden?

47. Wie zufrieden sind Sie mit folgenden Bereichen Ihres Lebens?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz, wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

	Sehr	Gut	Mäßig	Nicht
1. Arbeitssituation bzw. Hauptbeschäftigung				
2. Wohnsituation				
3. Finanzielle Lage				
4. Freizeit				
5. Gesundheit				
6. Familiäre Situation				
7. Beziehung zu Freunden/ Nachbarn/ Bekannten				
8. Insgesamt mit dem Leben				

48. Wie viel Zeit verbringen Sie am Tag/in der Woche nur für sich – wie viel Auszeit/Freizeit haben Sie – und was machen Sie in der Zeit?

49. Wie viel und welche Ausgleichsbewegung haben Sie am Tag/in der Woche?

50. Was sind Ihre Hobbys?

51. Wie können Sie Ihre Kreativität befriedigend zum Ausdruck bringen?

52. Was wünschen/erhoffen Sie sich von der Behandlung in unserer Praxis- was ist Ihr Behandlungsziel?

Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass eine Behandlung mit Fieber oder unter Einnahme von Antibiotikum nicht stattfinden kann. Das Antibiotikum sollte mindestens 24 Stunden abgesetzt sein.