

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 sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser können wir uns auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Vielen Dank!

Ihre Naturheilpraxis in der Mitte
Praxisgemeinschaft
M. Middelkamp – R. Teuber



Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Beruf _____

Email _____

Familienstand _____

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

1.1 Was haben Sie bis jetzt dagegen unternommen?

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

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

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Andere | _____ | |

4. Letzter Urlaub, wann? Wo?

5. Größe _____ cm Gewicht _____ kg

6. Medikamenteneinnahme

Welche Medikamente nehmen Sie momentan ein ...

... oder haben eingenommen?

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-Kreislaufferkrankungen)

9. Soziale Anamnese

Hobbys?

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

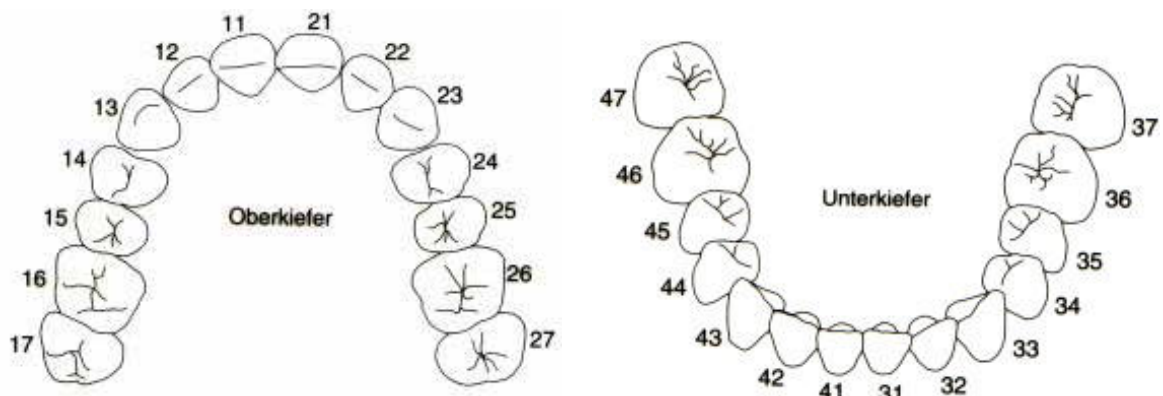
Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?

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"/>
Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Allgemeine Lebensführung	Ja	Nein
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wieviel?		
Was?		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wieviel?		
Seit wann?		
Seit wann nicht mehr?		
Haben Sie in letzter Zeit auffällig an Gewicht abgenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wieviel? _____ kg	
zugenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wieviel? _____ kg	
Seit wann?		
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?		
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportart?		
Wie häufig?		
Wie entspannen Sie sich sonst?		
Haben Sie auffallend viel Durst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?		

12. 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"/>
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: _____		
<hr/>		
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"/>
Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
13. 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:



14. 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? _____		
15. Brustbereich	Ja	Nein
Leiden Sie unter Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann? _____		
Wie ist der Auswurf beschaffen?		
<hr/>		
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"/>
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"/>
16. Bauchbereich	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? _____		
Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Abneigung gegen Fleisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit wann? _____		
Heißhunger auf bestimmte Nahrungsmittel?	<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"/>
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"/>

17. Arme und Hände	Ja	Nein
Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen Ihnen nachts, in den frühen Morgenstd. 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? _____		
18. 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"/>
oder Fußgelenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 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"/>

- 20. 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sonstige Veränderungen an Haaren oder Nägeln? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie in der Vergangenheit Zeckenbisse oder vor kurzem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wann war das? | _____ | |

21. 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"/> |
| 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) | _____ | |

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

23. Was ist Ihr Auftrag an mich?
