



## Anamnesebogen

Bitte füllen sie den Anamnesebogen so genau wie möglich aus. Schreiben sie ruhig mehr als zu wenig. Benutzen sie ruhig die Blatt-Rückseiten.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Ich komme auf Empfehlung/Überweisung von (bitte genaue Bezeichnung ob Arzt, Zahnarzt, Physiotherapeut, Heilpraktiker etc, sowie dessen genaue Anschrift):

---

Grund der Überweisung

---

Kurze stichwortartige Beschreibung der jetzigen Beschwerden  
(bitte auch angeben wie lange die Beschwerden schon andauern bzw. wann sie erstmals auftraten)

Was war unmittelbar (einige Tage bis wenige Wochen) vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Veränderungen in Beruf oder Privatleben, Hautausschläge, Medikamente, Diäten, Zahnbehandlungen etc.

Womit bringen Sie Ihre Beschwerden in Verbindung?



## **Krankheitsgeschichte**

Geburtsstörungen

bisherige Erkrankungen:  
(Zeitangabe)

Unfälle/Operationen: (Zeitangabe, event. auch Krankenhäuser angeben)

Allergien / Unerträglichkeiten  
(wenn möglich, erstes Auftreten – wurde Allergie getestet, wie wo wann)

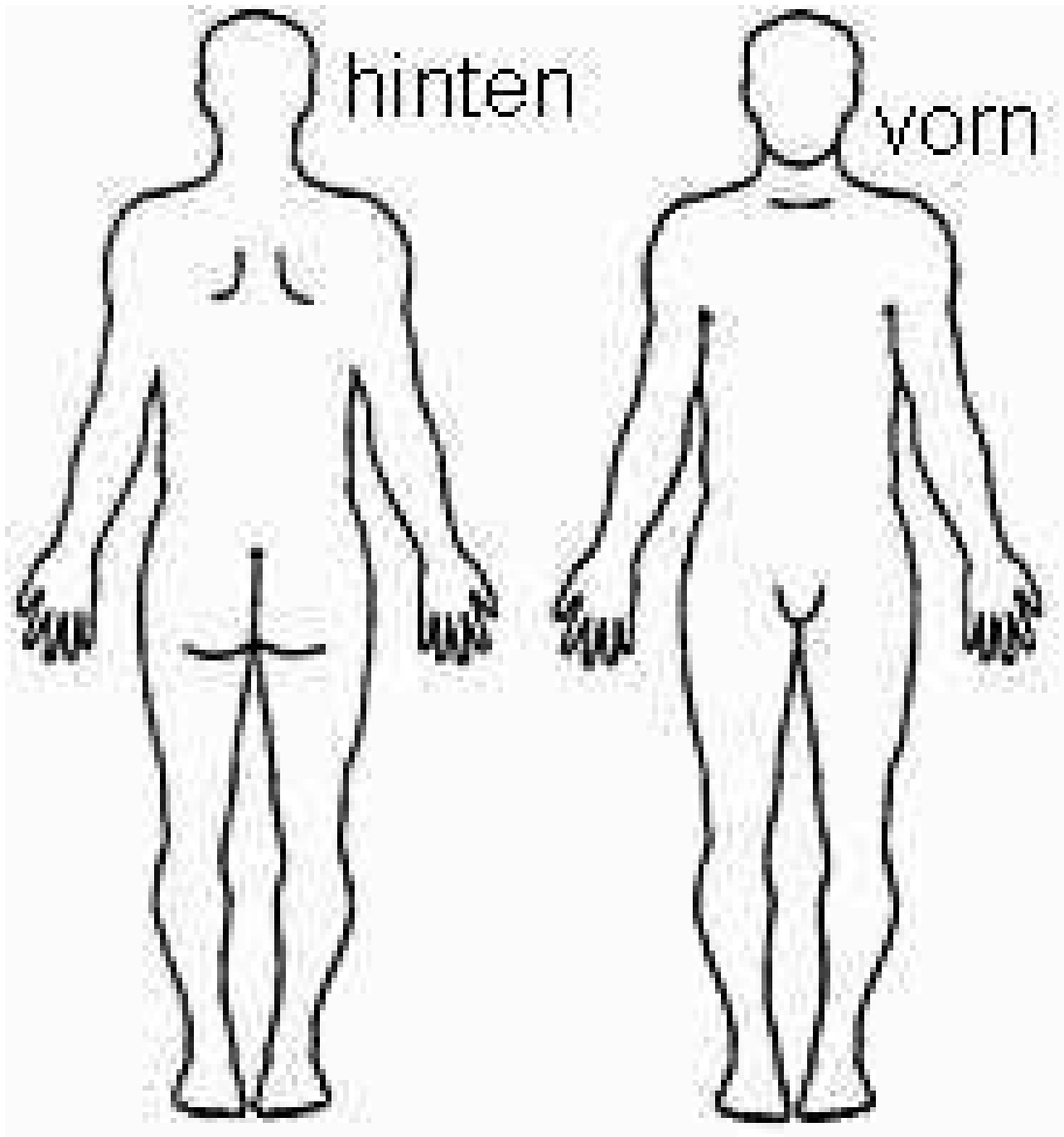
Zahnbehandlungen und Zahnentfernungen – haben sie Beschwerden mit den Zähnen

Schwangerschaft  
(Dammschnitt)



Welche Narben bzw. Schmerzstellen haben Sie am Körper?

Bitte in den Figuren mit blauem Stift die Narben und mit rotem Stift die Hauptschmerzstellen einzeichnen





## Jetzige Beschwerden

Kopfschmerz/Migräne (wenn ja, Häufigkeit, Lokalisation und Verteilung am Kopf):

Haare: Haarausfall, kreisrund, vereinzelt, seit wann?

Augen: Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makula-Degeneration usw.

Ohren (links / rechts): Tinnitus seit \_\_\_\_\_, Schwerhörigkeit seit \_\_\_\_\_  
Entzündungen seit \_\_\_\_\_

Zähne/ Kiefer: Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? Wann?

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt? ja / nein

Zahnfüllmaterialien: Amalgam / Kunststoff / Gold / Keramik

Häufig

Mandelentzündung  
Halsschmerz  
Schnupfen

Lungenerkrankung/ Bronchialerkrankung  
Asthma, Atemnot

Herzbeschwerden: Rhythmusstörungen, Koronare Herzkrankheit, Zustand nach Infarkt

Schilddrüsenstörungen: welche? Seit wann?

Verdauungsstörungen:  
Magen: Sodbrennen, Völlegefühl

Leber/Galle: z. B. Fettunverträglichkeit

Bauchspeicheldrüse, z.B. Diabetes



Blähungen

Andere Unverträglichkeiten:

welche?

Darm:

normaler Stuhlgang, Verstopfung, Abführmittel notwendig, Durchfall, Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung

Unterleib / Geschlechtsorgane

Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen,

Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten etc.

Menstruation: In welchem Alter war die erste Menses? \_\_\_\_\_ Beschwerden vor / nach / während der Regel. Bitte Beschwerden kurz beschreiben.

Klimakterische Beschwerden? Bitte Beschwerden beschreiben. In welchem Alter war die letzte Menstruation? \_\_\_\_\_

Penis, Prostata: Entzündungen, Beschwerden beim Wasserlassen, Operationen, Infektionen, Sonstiges

Benutzen Sie Verhütungsmittel? Welche?

Muskelschmerzen – wann und wo?

Müdigkeitssyndrom

Störungen Niere/Blase – Welche?



Gelenkstörungen roße Gelenke (Schulter, Hüfte)

kleine Gelenke (Finger, Fußgelenke)

Kälte- o. Wärmeempfindlichkeit

Psychische Erkrankungen

Depression, Anorexie, Bulimie, Angststörungen

Ernährung

Welche Kostform bevorzugen Sie?

- Fleisch/Wurst
- Milchprodukte
- Mehlspeisen
- Gemüse
- Vegetarisch
- Gemischt

Lieblingsspeise: \_\_\_\_\_

Anzahl \_\_\_\_\_  tgl.  pro Woche  pro Monat

Lieblingsgetränk: \_\_\_\_\_

Liter \_\_\_\_\_  tgl.  pro Woche  pro Monat

Heißhunger auf: \_\_\_\_\_

Anzahl \_\_\_\_\_  tgl.  pro Woche  pro Monat

Wieviel trinken Sie pro Tag (Liter)? \_\_\_\_\_

Alkohol

Bier/Anzahl/Tag: \_\_\_\_\_

Wein/Tag: 0,25 l – 0,50 l – 0,75 l – 1,0 l – mehr: \_\_\_\_\_ l

Sonstiges: Menge/Tag:

- Kaffee Tassen/Tag:
- Zigaretten Anzahl/Tag:
- Schokolade Tafel/Woche:
- Fernsehen/PC Stunden/Tag:

Sonstiges

- Haustiere
- Auslandsaufenthalte



Wie viele Stunden schlafen Sie? Wann gehen Sie normalerweise zu Bett, wann stehen Sie auf?

Wie ist Ihr Schlaf? Leiden Sie an Schlaflosigkeit, häufigem Erwachen (Uhrzeit), Einschlafstörungen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, heiße/schwitzige Füße, Zähneknirschen?  
Schlafen Sie tief und schlafen Sie durch?

Lebenssituation

ledig  
geschieden seit:  
getrennt seit:  
verwitwet seit:  
verheiratet seit:  
mit Partner zusammenlebend

Anzahl der Kinder:  
Alter der Kinder:

Berufliche Betätigung:

überwiegend sitzend  
stehend  
gemischt  
Streß

Hobbies:

---

Sportbetätigung:

---

Wie oft/Woche



Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit emotionalem Stress, Ihrer Alltagssituation und Lebensumständen

Leiden Sie unter Ängsten? Alleinsein, Dunkelheit, Höhenangst, Krankheiten etc.  
Sind Sie oft reizbar?

Leiden Sie unter anhaltendem Kummer?

Haben Sie eine Partnerin, einen Partner? Wie zufrieden sind Sie mit der Situation?

Wie würden Sie Ihre sozialen Kontakte beschreiben? (z.B. gut, gesellig, lieber alleine, fühle mich isoliert, gut eingebunden, unzufrieden)

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation?

Gab oder gibt es Stress im Berufsleben / Ausbildung / Studium (auch durch Arbeitslosigkeit, Mobbing etc.)

Gab es frühe oder plötzliche Todesfälle oder Selbsttötungen in der Familie oder im engeren Umfeld?

Häusliches Umfeld: Wie ist Ihre Wohnsituation? z.B. alleine / Familie / WG, laut/ ruhig, zu eng, Hauptverkehrsstraße, fühle mich wohl /nicht wohl etc.

Gibt es dort, wo Sie sich oft aufhalten (z.B. zu Hause, Arbeit, Wochenendhaus) Belastungen durch Schimmel, Lärm, Abgase, Rauch, Chemikalien, Ausdünstungen, Elektrosmog?

Von welchen Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten etc. sind Sie innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt worden?  
(bitte unbedingt angeben: Fachrichtung, Name, Straße, Ort, ggf. Telefon)

Welche Arzneimittel auch Nahrungsergänzungsmittel werden z.Zt. eingenommen  
(bitte Präparatnamen und wofür) – bitte umseitig notieren