



Anamnesebogen

Datum

Name	
Vorname	Geburtsdatum
Straße	
PLZ / Wohnort	
Tel./Mobil	
@	
Beruf	
Familienstand / Kinder	

Heilpraktiker-Versicherung ja nein
Wenn ja, welche Versicherung:

Was führt Sie aktuell hierher/ welche Beschwerden haben Sie/ welche belasten Sie am meisten?

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

Präparat	Dosierung	Seit wann?

Gibt es Vorerkrankungen/ Allergien

Blutdruck / Puls falls bekannt
Bluthochdruck, wenn ja, seit wann?





Hatten Sie schon Operationen und wann

--

Gibt es familiär auftretende Erkrankungen (Geschwister, Eltern, Großeltern, Kinder), z.B. Tumorerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Bluthochdruck, chronische Erkrankungen, Allergien, Diabetes etc.:

Erkrankung	Bei wem?

Persönliches und berufliches Umfeld

Leben Sie in einer stabilen Partnerschaft ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fühlen Sie sich in Ihrer Familie aufgenommen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Freunde mit denen Sie reden können ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fühlen Sie sich in Ihrer derzeitigen Wohnsituation wohl?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Arbeiten Sie gerne in Ihrem Beruf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter beruflichem Stress?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz starken Belastungen ausgesetzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche: Mobbing, körperliche Arbeit, Schichtdienst
Sind Sie beruflich oder privat besonderen Schadstoffen ausgesetzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls bekannt, welche: Dämpfe, Amalgam, Strahlung





Lebensführung

Essen Sie täglich Obst und Gemüse?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Essen Sie täglich Fleisch und Wurst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Essen Sie täglich Süßes?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie regelmäßige Mahlzeiten zu sich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kochen Sie selbst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Essen Sie in der Kantine / Fertiggerichte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja - welche Art Alkohol? Wie viel täglich ca.?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, welche ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ist Ihr Schlaf erholsam?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlafdauer beträgt ca.?	Stunden
Leiden Sie unter Durchschlaf- oder/und Einschlafschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie in letzter Zeit auffallend Gewicht abgenommen oder zugenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie gesteigerten Durst, evtl. auch nachts?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bemerken Sie zur Zeit oder immer wieder erhöhte Temperatur / Fieber?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie psychische Probleme? <small>Depressionen, Ängste, Zwänge</small>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie nervös?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kopfbereich

Leiden Sie unter Kopfschmerzen Wenn ja wie häufig: Wo treten Sie auf? Anfallsartig? Beschreiben Sie bitte den Schmerz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gesicht, Hinterhaupt, Vorderhaupt/Stirn, Nacken, ein-oder beidseitig(bohrend, ziehend, stechend, etc.)
Leiden Sie unter Schwindel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Epileptischen Anfällen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Augenprobleme / -erkrankungen? Welcher Art?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Benutzen sie Augentropfen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein





Haben Sie Hörprobleme?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Ohren? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Beschwerden im Bereich des Nasen- Rachenraums? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Benutzen Sie regelmäßig Nasentropfen / Sprays?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Häufiges Nasenbluten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahn / Kieferprobleme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche?
Leiden Sie an Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann? Geruch?
Bemerken Sie Haarausfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hals

Haben Sie öfters Halsschmerzen Wenn ja, seit wann ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schluckbeschwerden/ Kloßgefühl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Heiserkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vergrößerung der Schilddrüse? Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Regelmäßige Wertekontrolle?	
Wie ist das eigene körperliche / seelische Empfinden bzgl. der Hormonstörung?	

Brust

Husten wenn ja, seit wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Auswurf Wenn ja, wie sieht er aus ? (blutig, eitrig, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Atemnot In Ruhe oder bei Belastung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Angina Pectoris Wie häufig und wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzen und / oder Druckgefühl im Brustraum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzjagen / Panikattacken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein





Herzrhythmusstörungen / Herzstolpern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------	---

Rücken

Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wo?
Verschlimmerung durch:	Seit wann?

Bauch

Leiden Sie unter Bauchschmerzen? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beschwerden vor dem Essen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beschwerden während oder nach dem Essen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sodbrennen Wenn ja, wann und wie häufig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen Unverträglichkeiten gegen bestimmte Speisen und Nahrungsmittel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gegen
Wie macht sich das bemerkbar?	Symptome
Tritt bei Ihnen Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und / oder Verstopfung auf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wie oft:
Leiden Sie unter Blähungen? Geruch:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie häufig haben Sie Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> mehrmals täglich <input type="checkbox"/> 1 mal/Tag <input type="checkbox"/> alle 2-3 Tage <input type="checkbox"/> 1/Wo
Beschreiben Sie bitte den Stuhl in Form, Farbe Übelriechend?	geformt fest breiig flüssig, nach bestimmten Nahrungsmitteln
Bemerken Sie Blut im / auf dem Stuhl? Sonstige Veränderung und seit wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Gliedmaßen

Geschwollene Gelenke manchmal nach:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzhafte Gelenke manchmal nach:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gelenksveränderung Wärme oder Rötung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlafen Ihnen die Hände ein (z. B. Nachts)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein





Zittern Ihre Hände manchmal?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchblutungsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie manchmal Gefühlsstörungen (Taubheitsgefühl od. Kribbeln) in Armen/ Händen / Beinen / Füßen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Krampfadern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Treten Wadenkrämpfe auf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzen in den Beinen / Füßen? Wie häufig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geschwollene Beine / Füße / Knöchel Wie häufig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist Ihre schmerzfreie Gehstrecke eingeschränkt? Wenn ja – ab welcher Strecke treten Schmerzen auf? Müssen Sie deshalb stehen bleiben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzen in Hüfte/ Knie/ Fußgelenk ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Haut

Leiden Sie unter Hautausschlägen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welcher Art (z.B.eitrig,pickelig,schuppig, etc)
Hautjucken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, an welchen Stellen
Schlechte Wundheilung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blaue Flecken, auch nach Bagatellen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige	

Niere/ Harnblase/ Geschlechtsorgane

Schmerzen in der Nierengegend	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vermehrtes Wasserlassen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn Ja: Drang, Menge vermindert?
Vermindertes Wasserlassen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn Ja, Wie häufig?
(Blutiger) Ausfluss aus der Harnröhre	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Veränderung von Farbe und Geruch des Urins	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn Ja, Beschreibung
Treten häufige Harnwegsinfekte auf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein





	Seit wann:
Haben Sie häufig kalte Füße? Eine sich kalt anfühlende Nierengegend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erektile Dysfunktion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Seit wann:
Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Gynäkologie

Erste Monatsblutung	im _____ Lebensjahr
Letzte Monatsblutung	
Zyklusdauer	
Blutung	z.B. schwach, hellrot, wie häufig müssen Sie die Vorlage/Tampon wechseln etc.
Dauer	
PMS	Wassereinlagerung, Kopfschmerzen, Brustziehen, Stimmungsschwankung, Inkontinenz etc.
Beschwerden im Zusammenhang mit der Monatsblutung	Schmerzlokalisierung
Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bisherige Schwangerschaften	
Wie viele Geburten	Spontan, Kaiserschnitt
Ausfluss, außerhalb des normalen Zyklusgeschehens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Aussehen, Geruch
Treten häufige Pilzinfektionen auf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, seit wann?
Beschwerden im Bereich der Brüste	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an unwillkürlichem Urinverlust? Durch hüpfen? Bewegung? Laufen? Niesen? Stetig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, seit wann? Schwangerschaft
Wie verhüten Sie im allgemeinen?	
Nehmen Sie Ovulationshemmer ein?	Seit wann? Wie heißt Ihre Pille ?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Anamnesebogen idealerweise vor Ihrem Termin zu, oder bringen ihn zu Ihrem Termin mit.

Danke.

Susann Haag
Postadresse: Kolpingstr. 54, 68753 Waghäusel
e-mail: susann_haag@web.de
website: www.susann-haag.de

