



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte nehmen Sie sich Zeit zur Beantwortung der nachstehenden Fragen. Machen Sie exakte Angaben über die Dauer und Häufigkeit sowie Intensität Ihrer Beschwerden. Falls Sie auch IGEL (individuelle Gesundheitsleistungen) wünschen, sind einige davon am Ende des Fragebogens aufgelistet.

1. Persönliches

Name	Vorname
Geburtstag	Tel. privat
Straße	Tel. Beruf
PLZ-Ort	E-Mail
Beruf	Versicherung: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> IGEL
Körpergröße:	Körpergewicht in Kg
Versichert bei:	

2. Allgemeines

Rauchen Sie?	Wie viel am Tag?	Haben Sie Narben? Wenn ja, wo?
Treiben Sie Sport?	Was + wie viele h/Woche?	Hatten Sie Operationen? Wann, wo?
Trinken Sie Alkohol?	Wie viel am Tag?	Letzte Blutuntersuchung wann? (bitte Kopie beifügen)

3. Bisherige Behandlungen und Diagnostik (Ärzte, Kliniken, Physiotherapie, Psychotherapie, MRT, Röntgen, etc.) (Bitte erwähnen Sie Diagnosen, Therapien wann, wie lange, wo? Berichte als Kopie beifügen)

.....

.....

.....

1. Jetzige Beschwerden oder Gesundheitsstörungen

Bitte schildern Sie so genau wie möglich, was Ihre Beschwerden sind, wo genau diese auftreten, wie intensiv Sie diese wahrnehmen, seit wann/evtl. seit wann schlimmer. Wodurch werden Symptome oder Beschwerden besser oder schlechter?

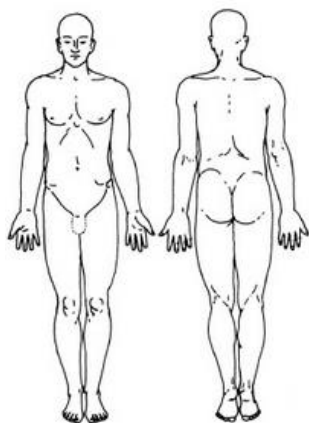
.....

.....

.....

Haben Sie...	Ja	Nein		Ja	Nein
Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ängste, Depression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen? (Druckgefühl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halsschmerzen oder Schluckbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gliederschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übelkeit, Magenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleichgewichtsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektanfälligkeit. Wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zeichnen Sie auf nachfolgender Skizze sonstige Beschwerden auf: Kommentieren Sie auf der rechten Seite die angekreuzten Stellen:



Haben Sie chronische Erkrankungen? (z.B. Diabetes mell., Bluthochdruck usf.)

4. Allgemeine Symptome (zutreffendes unterstreichen)

	Nie	Selten	Häufig	dauernd
Störungen der Bewegungskoordination				
Benommenheitszustände				
Durchschlafstörungen				
Eingeschränktes Kurzzeitgedächtnis				
Gestörte Feinmotorik				
Konzentrationsstörungen, leichte Ablenkbarkeit				
Kopfschmerzen				
Rechtschreibfehler, Rechenfehler				
Schwindel, Gleichgewichtstörungen				
Starke Stressempfindlichkeit (bevorstehende Termine, Besuche)				

5. Das Nervensystem

	Nie	Selten	Häufig	dauernd
Kribbeln, Schmerzen und Lähmungen in den Armen und Beinen				
Taubheit der Finger, Arme, Beine, Rumpf, Gesicht, springend und seitenbetont.				
Unruhige Füße, Beine				
Kalte Füße, Hände				
Brennende Füße				

6. Die Augen

	Nie	Selten	Häufig	dauernd
Blend-, Lichtempfindlichkeit				
Gesichtsfeldausfälle				
Schleier-, Verschwommenheit, Sehschärfe				
Sicca-Syndrom Augen (Trockenes Auge)				

7. Die Zähne

	Kurze Beschreibung
Zahnkaries	
Zahnwurzel, Zahnfleisch, Parodontose	
Zahnersatz (Brücken, Implantate, Inlays, Kronen)	
Gold oder Keramik	
Amalgamfüllungen vorhanden?	
Kiefererkrankungen, Kiefergelenkstörung	

8. HNO (Hals, Nase, Ohren)

	Kurze Beschreibung
Mandeln (vergrößert, entfernt, usf.)	
Nase (Schnupfen, Allergie, usf.)	
Nebenhöhlen	
Atmung behindert? (Asthma, Nase zu)	

9. Psychische Symptome

	Nie	Selten	Häufig	dauernd
Schlafstörung				
Ängste (vor Höhe, Tunnel, Raum, Menschen) Panikattacken				
Ängste als Pkw-Beifahrer/in				
Antriebsstörung				
Depressive Phasen - ohne Behandlung - mit Behandlung				
Gesteigerte Reizbarkeit				
Soziale Belastungen (Arbeit, Familie)				

10. Womit hatten/haben Sie häufig oder intensiv in Ihrem Leben Probleme? (zutreffendes unterstreichen)

	Ja	Nein		Ja	Nein
Infektionskrankheiten (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FÜR UNSERE PATIENTIN		
Allergische Reaktionen (Medikamentenunverträglichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankheiten der weiblichen. Brüste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star, Grauer Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unregelmäßige Periode – letzte am	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasen- Nebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungen-, Rippenfellentzündung, Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie die Pille oder Hormonpräparate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaften: Anzahl _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geburten: Anzahl _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes Typ 1 oder 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypercholesterinämie (erhöhter Cholesteringehalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Herzkrankheiten (Rhythmus, Schwäche, Gefäße)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FÜR UNSERE PATIENTEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfadern, Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erektions- bzw. Potenzprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose, offene Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prostataerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Verstopfung, Durchfall, Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IST IHNEN IN DEN LETZTEN 12 MONATEN AUFGEFALLEN, DASS SIE...		
Gelbsucht, Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehr als 5 kg zu- oder abgenommen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mangelercheinungen (Mineralien, Vitamine) haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren-, Nierenbecken, oder Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	auffallend großen Durst hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mühe haben einzuschlafen oder schlecht schlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nervös sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Öfters in gedrückter Stimmung sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Wasserlassen – wie oft _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Arthrose (Knie, Hüfte, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HABEN SIE VORSORGEUNTERSUCHUNGEN DURCHGEFÜHRT?		
Bandscheibenschäden (HWS, BWS, LWS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Check-up-35, Gesundheitsuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs (Was, wo, seit wann) bitte gesondert angeben!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-, Darmspiegelung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebsfrüherkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nervöse Beschwerden, Nervenzusammenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HATTEN SIE SCHON MAL...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hexenschuss oder Ischiasbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall, Lähmungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Infektionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IGEL-Leistungen (individuelle Gesundheitsleistungen, eine Auswahl).
Falls gewünscht, bitte ankreuzen, sowie Information und Vereinbarung anfordern.

Kinesiologie	<input type="checkbox"/>	Ozontherapie	<input type="checkbox"/>
Manufit-Therapie (Osteopathie)	<input type="checkbox"/>	Eigenblut	<input type="checkbox"/>
HRV, (Stress-Test)	<input type="checkbox"/>	UVB (Ultraviolettbestrahlung des Blutes)	<input type="checkbox"/>
Chelat-Therapie	<input type="checkbox"/>	Farbtherapie	<input type="checkbox"/>
Aufbauinfusionen	<input type="checkbox"/>	Papimi (Magnetfeld)	<input type="checkbox"/>
Orthomolekulare Medizin	<input type="checkbox"/>	Spezielle Labordiagnostik (z.B. Vollblut)	<input type="checkbox"/>

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters)