



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: ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ 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)

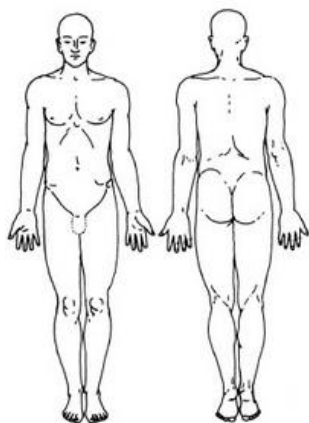
3. Bisherige Behandlungen und Diagnostik (Ärzte, Kliniken, Physiotherapie, Psychotherapie, MRT, Röntgen, etc.) (Bitte erwähnen Sie Diagnosen, Therapien wann, wie lange, wo? Berichte als Kopie beifügen)

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?	☐	☐	Ängste, Depression?	☐	☐
Kopfschmerzen? (Druckgefühl)	☐	☐	Halsschmerzen oder Schluckbeschwerden?	☐	☐
Gliederschmerzen?	☐	☐	Übelkeit, Magenschmerzen?	☐	☐
Gleichgewichtsstörungen?	☐	☐	Infektanfälligkeit. Wo?	☐	☐

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

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

Kinesiologie	☐	Ozontherapie	☐
Manufit-Therapie (Osteopathie)	☐	Eigenblut	☐
HRV, (Stress-Test)	☐	UVB (Ultraviolettbestrahlung des Blutes)	☐
Chelat-Therapie	☐	Farbtherapie	☐
Aufbauinfusionen	☐	Papimi (Magnetfeld)	☐
Orthomolekulare Medizin	☐	Spezielle Labordiagnostik (z.B. Vollblut)	☐

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters)