

Anamnesebogen

Name _____ Telefon privat: _____
Vorname _____ Telefon gesch.: _____
Straße: _____ Handy: _____
PLZ und Ort _____ E-Mail: _____
Geburtstag _____ Versicherung: _____
Beruf _____ empf. durch: _____

Gab oder gibt es in Ihrer Familie Personen, die an einer chronischen Erkrankung litten oder noch leiden? (Bitte die links angegebenen Buchstaben bei den jeweiligen Personen einsetzen. Auch Mehrfachnennungen möglich)

M = Milchschorf E = Ekzeme N = Nesselfieber S = Schwellungen
H = Heuschnupfen A = Asthma D = Darmstörungen CA= Krebs
P = Psoriasis Z = Zuckerkrankheit SA= Schlaganfall HI= Herzinfarkt
KR = Krampfadern K = Migräne R = Rheuma/Arthrose/Arthritis
SO = sonstige

Vater: _____ Mutter: _____ Geschwister: _____

Mütterlicherseits: Großvater: _____ Großmutter: _____
Väterlicherseits: Großvater: _____ Großmutter: _____

Allgemeine Angaben:

Schildern Sie bitte Ihre momentanen 3 Hauptsymptome: _____

Symptome seit: _____

Beschreibung: _____

Bestehen oder bestanden früher folgende Krankheitserscheinungen? (bitte ankreuzen, mehrere Angaben möglich)

- | | | | | |
|--------------------------|--|-------|------|------|
| <input type="checkbox"/> | Säuglingsekzem, Milchschorf | seit: | bis: | |
| <input type="checkbox"/> | Krupphusten als Kleinkind | seit: | bis: | |
| <input type="checkbox"/> | spastische Bronchitis | seit: | bis: | |
| <input type="checkbox"/> | Reizhusten oder chronische Bronchitis | seit: | bis: | |
| <input type="checkbox"/> | Auswurf | seit: | bis: | |
| <input type="checkbox"/> | Heuschnupfen | seit: | bis: | |
| <input type="checkbox"/> | Niesanfälle (mehr als 5 nacheinander) mit Fließschnupfen | seit: | bis: | bis: |
| <input type="checkbox"/> | sturzartiges Erbrechen im Säuglings- oder Kleinkindalter | seit: | bis: | bis: |
| <input type="checkbox"/> | Kieferhöhlen- / Stirnhöhlenentzündung | seit: | bis: | |
| <input type="checkbox"/> | Augentränen / -jucken | seit: | bis: | |
| <input type="checkbox"/> | Nesselsucht | seit: | bis: | |
| <input type="checkbox"/> | Schwellungen von Augenpartien bzw. Augenlider | seit: | bis: | bis: |
| <input type="checkbox"/> | Ekzem bzw. Neurodermitis | seit: | bis: | |
| <input type="checkbox"/> | Migräne bzw. halbseitiger Kopfschmerz | seit: | bis: | |
| <input type="checkbox"/> | Durchfälle, (häufig) erschwerte Verdauung | seit: | bis: | |
| <input type="checkbox"/> | häufige, fieberhafte Erkältungen | seit: | bis: | |
| <input type="checkbox"/> | vorübergehende Schwerhörigkeit | seit: | bis: | |
| <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck | seit: | bis: | |
| <input type="checkbox"/> | Cholesterinerhöhungen | seit: | bis: | |
| <input type="checkbox"/> | Zucker/ Diabetes | seit: | bis: | |
| <input type="checkbox"/> | Arthrose, Arthritis, Rheuma | seit: | bis: | |

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|-------|------|
| <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankungen | seit: | bis: |
| <input type="checkbox"/> | Blasenentzündungen chronisch | seit: | bis: |
| <input type="checkbox"/> | Frauen: Regelstörungen | seit: | bis: |
| <input type="checkbox"/> | Schlafstörungen, Stress, Erschöpfung | seit: | bis: |
| <input type="checkbox"/> | Lebererkrankungen | seit: | bis: |
| <input type="checkbox"/> | Magen-Darmerkrankungen | seit: | bis: |
| <input type="checkbox"/> | Schwindel | seit: | bis: |
| <input type="checkbox"/> | Hitzewallungen | seit: | bis: |
| <input type="checkbox"/> | Schlafstörungen | seit: | bis: |
| <input type="checkbox"/> | Herzerkrankungen | seit: | bis: |
| <input type="checkbox"/> | Vitalitätsverluste | seit: | bis: |
| <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen | seit: | bis: |
| <input type="checkbox"/> | Hirndurchblutungsstörungen | seit: | bis: |
| <input type="checkbox"/> | Krampfadern | seit: | bis: |
| <input type="checkbox"/> | Depressionen | seit: | bis: |
| <input type="checkbox"/> | Weitere: | seit: | bis: |

	Ja	Nein
Wurden bei Ihnen Allergien diagnostiziert oder konnten Sie selbst allergische Reaktionen bei sich feststellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztlich festgestellte Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbst festgestellte Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es bei Ihnen Medikamenten-Unverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
falls ja, folgende Unverträglichkeiten _____		
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
falls ja, folgende Medikamente _____		

Ist schon einmal eine naturheilkundliche Therapie durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
falls ja: Was? Wann? Wo? _____		

Welche Impfungen sind bisher vorgenommen worden?		

Haben Sie schon einmal einen Krankenhaus- oder Kuraufenthalt wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
falls ja: Was? Wann? Wo? Mit welchem Erfolg? _____		

Wann sind die aktuell angegebenen Beschwerden bisher besonders stark aufgetreten?		
In welchem Lebensalter? _____		
In speziellen Monaten? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
falls ja, in welchen: _____		
Zu welcher Tages- bzw. Nachtzeit _____		
Bei Ortswechsel (Urlaub, Freunde)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleichzeitig mit der Periode? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
falls ja, bei welcher Tätigkeit? _____		

Reagieren Sie auf ...**Ja Nein**

intensive Gerüche, die durch Dämpfe oder Staub verursacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausstaub	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mehlstaub	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desinfektionsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farbanstrich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nebel oder Smog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bettfüllung/Federn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beginn Heizperiode	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haustiere/Nutztiere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn ja, bei welchen Tierkontakten treten die Beschwerden auf? _____		
Leiden Sie unter Atembeschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Schmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
falls ja, wo: _____		
Gibt es auch schmerzfreie Zeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Nervenschmerzen/Taubheitsgefühle/Lähmungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
falls ja, wo: _____		
Leiden Sie unter Erschöpfung/Abgeschlagenheit/Leistungsknick	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
falls ja, seit wann: _____		
Haben Sie in den letzten 3 Monaten ungewöhnliche Gewichtsabnahmen verbunden mit einem unerklärlichen Erschöpfungsbild beobachtet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Zahnfüllungen, Brücken, Kronen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
falls ja, aus welchem Material: _____		
Wurden eventuelle Amalgamfüllungen entfernt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
falls ja, wann: _____		
und wurde bei Ihnen im Anschluss eine Entgiftung durchgeführt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falls bei Ihnen metallhaltige Füllungen, Überkronungen und/oder Brücken vorhanden sein sollten, haben Sie Rötungen, Schwellungen und/oder Verfärbungen des Zahnfleisches und der Mundschleimhaut beobachtet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstiges:
