



Gesundheit ist ein Geschenk,  
das man sich selbst machen muss.

## Anamnesebogen

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie den Fragebogen **genau** aus und **bringen Sie ihn zur Erstkonsultation in meiner Praxis** mit.  
Bringen Sie bitte ebenfalls die letzten **Blutuntersuchungsergebnisse und Befunde Ihres Hausarztes** mit.

Bitte nehmen Sie sich genug Ruhe und Zeit zum Ausfüllen. Es geht um Ihre Gesundheit.

Name: ..... Vorname: .....  
Straße/Nr.: .....  
PLZ/Ort: .....  
Geburtstag: ..... Geburtsort: .....  
Telefon: ..... Mobil: .....  
Fax: ..... e-Mail: .....  
Körpergröße/Gewicht: ..... Beruf: .....

### Akute Beschwerden

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann? (*ordnen Sie bitte nach Wichtigkeit*)

1. .... seit: .....
2. .... seit: .....
3. .... seit: .....
4. .... seit: .....
5. .... seit: .....
6. .... seit: .....

Welche Behandlungen haben Sie gegen diese Beschwerden bereits bekommen?

.....  
.....  
.....

Wie war der Erfolg?

sehr gut      gut      mäßig      schlecht



Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

eine Erkrankung, welche .....

eine Operation, welche .....

Hautausschlag                      Kummer/Trauer                      Ärger                      Schreck

andere: .....

Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein? *(bitte ganz genau angeben, wichtig!)*

Name des Medikaments

1. .... seit: .....

2. .... seit: .....

3. .... seit: .....

4. .... seit: .....

5. .... seit: .....

6. .... seit: .....

## Krankengeschichte

Welche Infektionskrankheiten, auch in der Kindheit, haben Sie durchgemacht?

|        |             |               |                            |          |
|--------|-------------|---------------|----------------------------|----------|
| Masern | Keuchhusten | Kinderlähmung | Pfeiffersches Drüsenfieber |          |
| Mumps  | Windpocken  | Malaria       | Gonorrhoe (Tripper)        | Syphilis |
| Röteln | Scharlach   | Salmonellose  | Tuberkulose                |          |

Wurden Sie schon einmal/öfter mit Antibiotika/Penicillin behandelt ?                      ja                      nein

wenn ja, wie oft im Jahr? .....

Haben Sie Narben?                      ja                      nein

wenn ja, wo? .....

Bereiten diese Beschwerden?                      ja                      nein

wenn ja, welche?  
.....  
.....

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

|                    |                   |                        |
|--------------------|-------------------|------------------------|
| Krebs              | Tuberkulose       | Geschlechtskrankheiten |
| Herzerkrankungen   | Gefäßerkrankungen | Schlaganfall           |
| Geisteskrankheiten | Epilepsie         | Multiple Sklerose      |
| Asthma             | Neurodermitis     | Allergien              |
| Rheuma             | Zuckerkrankheit   | Gicht                  |
| Schuppenflechte    |                   |                        |

andere: .....



Chronologische Krankengeschichte:

(Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen /Operationen beginnend mit der am längsten zurückliegenden)

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

## Ernährung \_\_\_\_\_

Wieviel Liter und was genau trinken Sie täglich (auch Alkohol und Kaffee)?

.....  
 .....  
 .....

konsumieren Sie (bitte genau)

|                  |    |      |                         |                |
|------------------|----|------|-------------------------|----------------|
| Zucker           | ja | nein | wenn ja, wieviel? ..... | wie oft? ..... |
| Kuchen           | ja | nein | wenn ja, wieviel? ..... | wie oft? ..... |
| Süßigkeiten      | ja | nein | wenn ja, wieviel? ..... | wie oft? ..... |
| Weißmehlprodukte | ja | nein | wenn ja, wieviel? ..... | wie oft? ..... |
| Milchprodukte    | ja | nein | wenn ja, wieviel? ..... | wie oft? ..... |
| Eier             | ja | nein | wenn ja, wieviel? ..... | wie oft? ..... |
| Nüsse            | ja | nein | wenn ja, wieviel? ..... | wie oft? ..... |

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

.....

starkes Verlangen nach: .....

große Abneigung gegen: .....

Nahrungsmittelallergien auf: .....

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit meiner Hilfe zu verbessern? ja nein



Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (z.B. Vegetarier oder Veganer.u.a.)?

.....

Welche Impfungen haben Sie bekommen (falls vorhanden, Impfpass mitbringen)?

|            |           |                         |         |
|------------|-----------|-------------------------|---------|
| Diphtherie | Mumps     | Pertussis (Keuchhusten) | Tetanus |
| Masern     | Hepatitis | Polio (Kinderlähmung)   | Röteln  |
| FSME       | Hib       | Windpocken              | Grippe  |

Gab es Reaktionen nach den Impfungen?

Fieber                      Krämpfe                      Unruhe                      Verhaltensänderungen

## Körperliche Symptome

|                |  |                    |   |
|----------------|--|--------------------|---|
| <b>Herz:</b>   | Beschwerden<br>Druckgefühl/Beklemmung<br>Infarkt<br>Rhythmusstörungen  | <b>Lunge:</b>      | häufig Husten<br>häufig Bronchitis<br>Atemnot           |
| <b>Leber:</b>  | Entzündungen<br>Hepatitis  | <b>Galle:</b>      | Steine/Koliken<br>Fettunverträglichkeit                 |
| <b>Blase:</b>  | häufige Entzündungen<br>häufiges Urinieren<br>kann Urin nicht halten   | <b>Magen:</b>      | Völlegefühl<br>saurer Aufstoßen<br>Appetitlosigkeit     |
| <b>Darm:</b>   | Neigung zu Verstopfung<br>Neigung zu Durchfällen<br>Entzündungen<br>Infektionen<br>Blähungen<br>Geruch nach: ..... | <b>Stuhlgang:</b>  | täglich<br>..... x in der Woche                         |
| <b>Rücken:</b> | Verspannungen<br>Ischialgie<br>Skoliose  | <b>Konsistenz:</b> | hart<br>weich<br>hell<br>dunkel<br>schmierig<br>knollig |
| <b>Haut:</b>   | schlecht heilende Wunden<br>Geschwüre/Furunkel<br>Warzen<br>Pilze<br>Juckreiz                                      | <b>Arme:</b>       | Kribbeln<br>kalte Hände<br>Reynaud-Syndrom              |

## Gynäkologisch

|                   |            |              |                  |                          |             |
|-------------------|------------|--------------|------------------|--------------------------|-------------|
| <b>Ausfluss:</b>  | keinen     | stark        | gelblich         | weiß                     | wundmachend |
| <b>Periode:</b>   | regelmäßig | unregelmäßig | sehr schmerzhaft |                          |             |
| <b>Blutungen:</b> | hell       | dunkel       | braun            | klumpig                  |             |
|                   | Tumore     | Zysten       | Myome            | Infektionen/Entzündungen |             |

## Urologisch

**Prostata:** Beschwerden beim Wasserlassen  
häufiges Wasserlassen, auch nachts  
vergrößert  
entzündet



