

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen.

Daher sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, um so besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und diagnostizieren.

Bitte füllen Sie den Fragebogen daher so gut wie möglich aus und schicken mir den Fragebogen eine Woche vor Ihrem Termin per Fax, per Mail oder auch per Post zu.

Vielen Dank!

Ihre Naturheilpraxis Angelika Semmler

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum **Telefon**

Beruf **Email**

Gesetzliche Versicherung mit/ohne Zusatzversicherung oder **Privat?**.....

1. Ihre momentanen Beschwerden, weswegen kommen Sie zu mir?

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

2. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? Z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

.....
.....

3. Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen:

Masern Röteln Windpocken Mumps Scharlach

4. Welche Operationen? Zutreffendes bitte ankreuzen:

Blinddarm Mandeln Sonstiges

5. Welche Allergien liegen vor? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Heuschnupfen | <input type="radio"/> Tierhaare | <input type="radio"/> Hausstaub |
| <input type="radio"/> Penicillin | <input type="radio"/> Lidocain | <input type="radio"/> Acetylsalicylsäure z.B. Aspirin |
| <input type="radio"/> Pollen | <input type="radio"/> Milben | <input type="radio"/> Metalle |

Nahrungsmittel, bitte nennen:

Sonstige Allergien, bitte nennen:

6. Familienvorgeschichte, bitte ankreuzen:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Lungenerkrankung |
| <input type="radio"/> Erbkrankheiten | <input type="radio"/> Krebs | |

Sonstige

7. Für Patientinnen, bitte ausfüllen:

Anzahl Schwangerschaften

Anzahl Geburten

Einnahme der Pille	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Monatsblutung	<input type="radio"/> regelmäßig	<input type="radio"/> schmerzhaft	<input type="radio"/> unregelmäßig

8. Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

.....

9. Zu Ihrer Person

Größe Körpergewicht Anzahl Zigaretten/Tag

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie?

Wogegen sind Sie geimpft?

Wie viel trinken Sie pro Tag und was?

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag?

Was essen Sie am liebsten?

Welche Abneigung haben Sie gegen Nahrungsmittel?

Haben Sie derzeit Stress?

Wie ist ihr Schlafverhalten?
(Ein-, Durchschlafen)

11. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Gallensteine |

Sonstige Erkrankungen
(chronisch)

.....
.....

12. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten? z.B. im Urlaub

.....

13. Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?

- | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amalgam | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt | <input type="checkbox"/> Kunststoff |
| <input type="checkbox"/> Gold | <input type="checkbox"/> Keramik | |
| Weisheitszähne vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Implantate | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

14. Wie ist ihre Verdauung? Bitte wieder ankreuzen:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl n d. Essen | <input type="checkbox"/> Vermehrt Blähungen | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Vermehrt Aufstoßen | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Heliobakter Pylori | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Stuhlgang täglich |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang alle 2-3 Tage | | |

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen,z.B.fetteSpeisen:

.....

15.Vertragen Sie Rohkost? ja nein

Verursacht Rohkost Blähungen? ja nein

16. Haben Sie Schmerzen (Bitte genau, - wie oft, wie lange, wie intensiv?) z.B. Kopf,- Gelenk- Rückenschmerzen ...

.....

.....

.....

17. Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

.....
.....

18. Welche Beschwerden belasten Sie am meisten?

.....
.....

19. Haben Sie Narben? Wo?

.....

20. Welche Werte waren in Ihrem letzten Blutbild verändert? Ggf. mitbringen.

.....

21. Welche Maßnahmen ergreifen Sie selbst, um Ihre Gesundheit zu erhalten?

.....
.....

22. An was sind Ihre Eltern und anderen Verwandten erkrankt / verstorben?

Mutter

Vater

Oma

Opa

Bruder

Schwester

23. Erkrankungen die gehäuft in der Familie auftreten (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen ...)

.....

Datum, Unterschrift