



Anamnesebogen

Liebe Patientin,

lieber Patient,

in der Naturheilkunde ist eine gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung, deshalb füllen Sie bitte den folgenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus. Er dient dazu Ihre Krankheitsgeschichte umfassend zu erheben, um die anschließende gründliche Untersuchung zu erleichtern.

Name _____ Vorname _____

geb. am _____

PLZ und Wohnort _____

Straße _____

Tel.privat _____ Mobil _____

Beruf _____ Familienstand _____

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg Haarfarbe _____

Versicherung: gesetzlich _____ Beihilfe/Post
 Privat _____ private Zusatzversicherung

Freie Schilderung der aktuellen Beschwerden, wegen der Sie die Praxis aufgesucht haben:

Was? (freie Schilderung) _____

Wo? (Lokalisation) _____

Wie? z. B. Schmerzcharakter (hell stechender oder dumpf bohrender Schmerz),
Schmerzintensität _____

Wann? Beginn (seit wann? auslösende Faktoren), **Ablauf** (was verbessert, was verschlimmert?), **bestimmte Tageszeiten** _____

Warum? bzw. wodurch? (auslösende Faktoren, z.B. Erkrankungen, Unfall, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfung) _____

Medikamenteneinnahme	
Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?	

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Bitte ankreuzen

- Bluthochdruck Tumorerkrankung Rheuma Diabetes Nierenerkrankung
 Asthma Gicht Depression Lebererkrankung Gallensteine Herzinfarkt
 Herzerkrankungen Schlaganfall Schilddrüsenerkrankung Magenerkrankung
 Fettstoffwechselstörung Hautkrankheit Sucht/Alkoholismus
 sonstiges _____

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten? Wenn ja, bitte ankreuzen

- Röteln Masern Windpocken
 Scharlach Mumps

Hatten Sie Operationen? Zutreffendes bitte ankreuzen

- Blinddarm Mandeln gynäkologische Operationen: _____
 Sonstiges _____

Welche Erkrankungen traten in der Familie (**Eltern, Großeltern, Geschwister**) gehäuft auf?

- Diabetes mellitus
 Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 Asthma
 Tuberkulose
 Lungenentzündungen
 Fettstoffwechselstörung
 Tumorerkrankungen
 Schuppenflechte
 Neurodermitis
 Erbkrankheiten
 Sucht/Alkoholismus
 Depression
 Schizophrenie
 sonstige _____

Soziale Anamnese	
Haben Sie Freunde?	
Sind Sie gut in Ihre Familie integriert?	
Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?	
Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt? (z.B. Mobbing?)	
Sind Sie am Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt?	

Allgemeine Lebensführung	
Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich täglich? Welche Sorte Alkohol	Menge: Sorte:
Wie viel Zigaretten Rauchen Sie durchschnittlich täglich? Seit welchem Lebensalter rauchen Sie?	Zigaretten täglich: seit Lebensalter:
Treiben Sie Sport?	Wenn ja, welchen:

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht zugenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Schlaf erholsam? Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten? Wenn ja, wie lange liegen Sie wach?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Zeit:

*Praxis für Naturheilkunde Blumhardt & Groh
Heilpraktikerinnen
Mainzer Str. 6
67657 Kaiserslautern*

Haben Sie große Sorgen? Sind Sie nervös?	0 Ja 0 Nein 0 Ja 0 Nein
Leiden Sie unter psychischen Problemen, wie z.B. Zwängen?	0 Ja 0 Nein
Haben Sie auffallend viel Durst?	0 Ja 0 Nein
Leiden Sie zurzeit oder sonst öfter unter Fieber?	0 Ja 0 Nein

Allergien	
Sind Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt? z.B. Lidocain, Penicillin, Acetylsalycilsäure und andere Welche?	0 Ja 0 Nein Welche:
Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen wie Fisch, Eier, Milch, Glutamat, Laktose?	0 Ja 0 Nein Welche:
Hausstauballergien? Blütenpollen? Andere? Welche?	0 Ja 0 Nein

Kopfbereich	
Leiden Sie unter Schwindel?	0 Ja 0 Nein
Ohnmachtsanfälle	0 Ja 0 Nein
Epileptische Anfälle	0 Ja 0 Nein
Kopfschmerzen	0 Ja 0 Nein
Migräne	0 Ja 0 Nein
Haben Sie Probleme mit den Augen? Welche?	0 Ja 0 Nein Welche:
Haben Sie Probleme mit dem Hören?	0 Ja 0 Nein
Ohrenschmerzen	0 Ja 0 Nein
Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr?	0 Ja 0 Nein
Haben Sie häufig oder langanhaltend Schnupfen?	0 Ja 0 Nein

Kopfbereich	
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?	0 Ja 0 Nein
Leiden Sie häufig an Nasenbluten?	0 Ja 0 Nein
Leiden Sie an Haarausfall?	0 Ja 0 Nein
Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen-Mund-Kiefer-Bereich?	0 Ja 0 Nein Welche:

Zähne	
Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?	
Amalgam	0 Ja 0 Nein
Gold	0 Ja 0 Nein
Keramik	0 Ja 0 Nein
Kunststoff	0 Ja 0 Nein
Amalgam entfernt	0 Ja 0 Nein
Amalgamausleitung durchgeführt	0 Ja 0 Nein
Weisheitszähne vorhanden	0 Ja 0 Nein
Implantate vorhanden	0 Ja 0 Nein

Halsbereich	
Haben Sie Halsschmerzen, bzw. Schmerzen beim Schlucken?	0 Ja 0 Nein
Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?	0 Ja 0 Nein
Leiden Sie unter Heiserkeit? Wie lange?	0 Ja 0 Nein Wie lange:

Schilddrüse		
Überfunktion	0 Ja	0 Nein
Unterfunktion	0 Ja	0 Nein
Vergrößerung	0 Ja	0 Nein
Schilddrüsen-Operation	0 Ja	0 Nein

Brustbereich		
Leiden Sie unter Husten? Wie lange? Wie ist der Auswurf beschaffen? Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?	0 Ja	0 Nein
Leiden Sie unter Atemnot?	0 Ja	0 Nein
Asthma-bronchiale-Anfälle?	0 Ja	0 Nein
Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	0 Ja	0 Nein
Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?	0 Ja	0 Nein
Haben Sie (manchmal) das Gefühl, dass Ihnen das Essen in der Speiseröhre stecken bleibt?	0 Ja	0 Nein
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	0 Ja	0 Nein

Bauchbereich		
Leiden Sie unter Bauchschmerzen?	0 Ja	0 Nein
Haben Sie Beschwerden während oder nach dem Essen? Welche?	0 Ja	0 Nein
Haben Sie eine Unverträglichkeit von fetten, scharfen oder rohen Speisen?	0 Ja	0 Nein
Verspüren Sie in neuerer Zeit eine Abneigung gegen Fleisch?	0 Ja	0 Nein
Liegt bei Ihnen eine Gastritis vor?	0 Ja	0 Nein
Ist Helicobacter pylori bekannt?	0 Ja	0 Nein
Sodbrennen	0 Ja	0 Nein

Bauchbereich		
Völlegefühl nach dem Essen?	0 Ja	0 Nein
Vermehrt Blähungen?	0 Ja	0 Nein
Appetitlosigkeit	0 Ja	0 Nein

Leiden Sie unter Übelkeit und Erbrechen?	0 Ja	0 Nein
Haben Sie Beschwerden beim Absetzen des Stuhles wie z.B. Verstopfung, Durchfall oder Schmerzen?	0 Ja	0 Nein Beschwerden:
Sind Ihnen Veränderungen in der Beschaffenheit, Menge oder Farbe des Stuhles aufgefallen?	0 Ja	0 Nein Veränderung:
Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?	0 Ja	0 Nein
Leiden Sie unter Hämorrhoiden?	0 Ja	0 Nein
Wie viel Wasser trinken Sie pro Tag?	Anzahl:	Liter
Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag?	Anzahl:	Liter
Stuhlgang täglich	0 Ja	0 Nein
Stuhlgang alle 2 - 3 Tage	0 Ja	0 Nein

Arme und Hände		
Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?	0 Ja	0 Nein
Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?	0 Ja	0 Nein
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?	0 Ja	0 Nein
Zittern Ihre Hände (manchmal)?	0 Ja	0 Nein
Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen in den Armen oder Händen?	0 Ja	0 Nein

Beine und Füße		
Leiden Sie unter Krampfadern?	0 Ja	0 Nein
Treten nachts Wadenkrämpfe auf?	0 Ja	0 Nein
Schmerzen in Beinen oder Füße?	0 Ja	0 Nein

Beine und Füße	
Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben?	0 Ja 0 Nein
Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?	0 Ja 0 Nein
Schmerzen in der Hüfte, in den Knien, Fußgelenken?	0 Ja 0 Nein
Gefühlsstörungen / Missempfindungen in den Beinen oder Füßen?	0 Ja 0 Nein

Harn- und Geschlechtsorgane	
Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?	0 Ja 0 Nein
Schmerzen beim Wasserlassen?	0 Ja 0 Nein
Sind Veränderungen der Harnmenge oder Harnfarbe aufgetreten?	0 Ja 0 Nein Veränderung:
Haben Sie Blut im Urin festgestellt?	0 Ja 0 Nein
Haben Sie Schwierigkeiten den Urin willentlich zurück zuhalten?	0 Ja 0 Nein
Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?	0 Ja 0 Nein
Müssen Sie nachts regelmäßig raus und Wasser lassen?	0 Ja 0 Nein
Tritt ein Sekret aus der Harnröhre?	0 Ja 0 Nein

Gynäkologische Anamnese der Frau	
In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?	Alter:
Wann trat die letzte Regelblutung auf (Menopause)?	Alter: Jahr:
Anzahl der Schwangerschaften?	Anzahl:
Anzahl der Geburten?	Anzahl:
Wie lange ist die Zyklusdauer?	Tage:
Wie ist die Blutungsstärke?	0 schwach 0 normal 0 stark

Gynäkologische Anamnese der Frau	
Monatsblutung?	0 regelmäßig 0 unregelmäßig 0 schmerzhaft
Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?	0 Ja 0 Nein

Tritt ein Sekret aus der Scheide?	0 Ja 0 Nein
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste?	0 Ja 0 Nein
Verhütungsmittel?	0 Ja, welches: 0 Nein
Geht beim Lachen, Husten, Niesen, Treppensteigen unwillkürlich Urin ab?	0 Ja 0 Nein

Anamnese des Mannes	
Liegt eine Prostatavergrößerung vor?	0 Ja 0 Nein
Gab es in der Vergangenheit eine Prostatentzündung?	0 Ja 0 Nein
Beschwerden beim Wasserlassen?	0 Ja 0 Nein
Prostata-Operation?	0 Ja 0 Nein

Haut	
Leiden Sie unter Hautveränderungen?	0 Ja 0 Nein
Hautjucken	0 Ja 0 Nein
Verbrennungen	0 Ja 0 Nein Lokalisation:
Geschwüre	0 Ja 0 Nein
Hautpilz	0 Ja 0 Nein
Warzen vorhanden	0 Ja 0 Nein
Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf?	0 Ja 0 Nein
Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus?	0 Ja 0 Nein

*Praxis für Naturheilkunde Blumhardt & Groh
Heilpraktikerinnen
Mainzer Str. 6
67657 Kaiserslautern*

Sonstiges

Datum

Unterschrift