

## **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 bin ich auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Je genauer und umfassender Ihre Informationen sind, umso besser kann ich mich auf Sie vorbereiten und einstellen.

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

Vielen Dank!

Ihre Dorothea Köcher (Heilpraktikerin)

**Name** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Aktuelle berufliche Tätigkeit** (auch Stunden/Woche, Schichtsystem ...)

\_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_ **E-Mail** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **2. Nebenbeschwerden**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. **Gab es (einen) Auslöser für Ihre Beschwerden** z. B. Vorerkrankung, Unfall, seelische Belastung (Kummer, Verlust, Trauer), Medikamente, Impfungen, medizinische Eingriffe usw.

---

---

---

---

4. **Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?** Wenn ja, bitte ankreuzen.

- Masern                       Röteln                       Windpocken  
 Mumps                       Scharlach

5. **Hatten Sie Operationen?** Wenn ja, bitte ankreuzen und Zeitpunkt angeben.

- Blinddarm                       Rachenmandeln  
 \_\_\_\_\_

6. **Welche Allergien sind bekannt?** Bitte ankreuzen.

- Heuschnupfen                       Tierhaare                       Hausstaub                       Penicillin  
 Lidocain                       Pollen                       Milben  
 Acetylsalicylsäure (Aspirin)                       Metalle  
 Nahrungsmittel \_\_\_\_\_  
 sonstige Allergien \_\_\_\_\_

7. **Familienanamnese:** Bitte ankreuzen.

- Bluthochdruck                       Diabetes mellitus                       KHK/Herzinfarkt                       Asthma bronch.  
 Erbkrankheiten                       Krebs/Tumore                       Nierenerkrankungen  
 Fettstoffwechselerkrankungen                       Lungenerkrankungen  
 Psych./Psychiatrische Erkrankungen                       Autoimmunerkrankungen  
 sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_

**8. Nur für Frauen:** Bitte ankreuzen bzw. ergänzen.

Monatsblutung       regelmäßig       unregelmäßig       dauerhaft  
    schmerzhaft       verbunden mit Migräne

Pille                       nein                       ja                      seit wann? \_\_\_\_\_

Hormontherapien       nein                       ja

Anzahl der Schwangerschaften: \_\_\_\_\_      Anzahl der Geburten: \_\_\_\_\_

Hysterektomie       nein                       ja                      wann? \_\_\_\_\_

**9. Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie aktuell regelmäßig oder bei Bedarf ein?**

---

---

---

**10. Lebensgewohnheiten**

Größe in cm: \_\_\_\_\_      Körpergewicht in kg: \_\_\_\_\_      Gewichtsentwicklung zuletzt: \_\_\_\_\_

Rauchen Anzahl Zigaretten o.ä./Tag \_\_\_\_\_      Alkohol: wie oft und wieviel? \_\_\_\_\_

Kaffee/Tag: \_\_\_\_\_      Wieviel trinken Sie pro Tag in Liter: \_\_\_\_\_

Was ernähren Sie sich bzw. woraus besteht Ihre Ernährung in der Regel?

---

---

---

---

Was essen Sie am liebsten, wogegen bzw. gegen welche Nahrungsmittel haben Sie eine Abneigung?

---

---

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie?

---

Welche Impfungen haben Sie bekommen bzw. lassen Sie sich regelmäßig impfen?

---

---

**Die nächsten Fragen beziehen sich auf die zurückliegenden 4 – 6 Wochen:**

Empfinden Sie aktuell **Stress** und wie stellt sich dieser für Sie dar?

---

---

Wie ist Ihre aktuelle **Schlafsituation**? Wann ins Bett? Wie viele Stunden Schlaf usw. (Einschlafen, Durchschlafen, nachts raus müssen)

---

---

---

Fühlen Sie sich morgens beim Ausstehen erholt?  ja  nein

Allgemeine durchschnittliche **Leistungsfähigkeit**:

**körperlich** auf einer Skala von 0 % bis 100 %: \_\_\_\_\_%

**geistig** auf einer Skala von 0 % bis 100 % \_\_\_\_\_%

Sollte die Leistungsfähigkeit schwanken, tragen Sie bitte die Spanne von – bis ein!

**Allgemeines Wohlbefinden:**



**Allgemein empfundene durchschnittliche Stressbelastung:**

(0=Keine, 10=maximal)

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

**Ausprägung der sexuellen Lust/Begierde:**



**11. Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen.**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck               | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus     | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen        |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten              | <input type="checkbox"/> Krebs/Tumore          | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen      |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale           | <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen     | <input type="checkbox"/> Haut/Haare/Nägel        |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                      | <input type="checkbox"/> Depression            | <input type="checkbox"/> Gicht                   |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung     | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung       | <input type="checkbox"/> Galle (-Steine)         |
| <input type="checkbox"/> Bauspeicheldrüse            | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen | <input type="checkbox"/> Herpes                  |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerz                 | <input type="checkbox"/> Schwindel             | <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat        |
| <input type="checkbox"/> HNO-Erkrankungen            | <input type="checkbox"/> Augen-Erkrankungen    | <input type="checkbox"/> Psych./Psychiatr. Erkr. |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen _____ |  |  |

**12. Hatten Sie bereits Infektionskrankheiten (z. B. im Urlaub)?**


---



---

**13. Welches Füllmaterial wurde bei Ihren Zahnbehandlungen verwendet?**

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

**14. Wie ist Ihre Verdauung?**

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

Nahrungsmittel, die Sie schlecht vertragen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**15. Welche Parameter waren in Ihrem letzten Blutbild verändert (ggf. Befund mitbringen)?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_