

# Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre Situation besser zu verstehen und Ihnen eine individuelle Begleitung anbieten zu können möchte ich Sie bitten, den Anamnesebogen möglichst vollständig auszufüllen und mir vor dem ersten Gesprächstermin (am besten per Mail oder auch postalisch) zukommen zu lassen. So kann ich mich am besten auf den Termin vorbereiten. Alle Angaben werden absolut vertraulich behandelt. Wenn Sie Fragen nicht beantworten können oder möchten, lassen Sie die entsprechenden Felder frei. Wir werden die Fragen dann im Gespräch ergänzen. Auch ein teilweise ausgefüllter Bogen ist hilfreich. Bringen Sie ggf. auch Vorbefunde zum Termin mit.

Name:	Vornamen:	Geb.-Datum:
Anschrift / ggf. falls abweichend Rechnungsanschrift:		
Telefon- / Mobilnummer:	Krankenversicherung / bzw. - kasse:	
Mail-Adresse:	Hausärztin:	
Größe:	Gewicht:	
Nationalität:		
<b>Welches sind Ihre aktuell wichtigsten Beschwerden?</b>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Mit diesem Symptom bin ich bereits in ärztlicher Behandlung ↓</div>		
_____	seit: _____	ja                      nein
_____	seit: _____	ja                      nein
_____	seit: _____	ja                      nein

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ ja nein

Haben Sie eine Phantasie, was die Beschwerden ausgelöst haben könnte (z.B. eine Impfung, eine Operation, ein Trauma, ein Kummer o.ä.)?

Sind Sie in Behandlung bei einer Ärztin, Heilpraktikerin, Osteopathin, Physiotherapeutin o.ä.?

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich auf einer Skala von 1 bis 10 (1 = müde und erschöpft / 10 = sehr gut)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Leiden Sie an Erkrankungen z.B.

- des Herz-Kreislaufsystems (z.B. Bluthochdruck)?
- des Magen-Darm-Traktes?
- der Atemwege?
- der Gelenke (z.B. Arthrose / Osteoporose)?
- der Schilddrüse?
- des Nervensystems?
- der Nieren oder Geschlechtsorgane?

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose? Wenn ja: gab es einen Anlass?

Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden?

Wenn ja: wann, aus welchem Anlass und welchen Körperteilen?

Hatten Sie schon einmal eine bösartige Erkrankung / Strahlen- oder Chemotherapie?

Nehmen Sie Medikamente, wenn ja welche (inkl. Dosierung):

Vertragen Sie Medikamente allgemein gut?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungen, wenn ja welche?

Haben Sie Unverträglichkeiten oder Allergien (z.B. Laktose, Gluten, Obst o.ä.)?

---

Haben Sie Impfungen stets gut vertragen oder gab es Nebenwirkungen?

---

Rauchen Sie oder haben Sie einmal geraucht? Wenn ja: bis wann / wieviel?

---

Sind Sie in der Vergangenheit schon häufiger mit Antibiotika behandelt worden?

Schwitzen Sie besonders schnell? Schwitzen Sie nachts?

Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja: welche Art von Sport?

Haben Sie Narben oder Tätowierungen?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Vertragen Sie Rotwein? Vertragen Sie Käse? Vertragen Sie Fisch?

Nehmen Sie Drogen?

Haben Sie schon einmal Kuren oder andere vorbeugende Maßnahmen wahrgenommen?

Was könnte sonst wichtig sein zu Ihrer Vorgeschichte?

## **Familienanamnese**

Sind in der Familie Erkrankungen aufgetreten z.B. Herz-Kreislauf, Diabetes, neurologische Erkrankungen wie Demenz, MS, M. Parkinson, Fehlbildungen oder Tumorerkrankungen?

## **Gynäkologische Anamnese (nur für Frauen)**

Wie alt waren Sie bei Einsetzen der Regelblutung (Menarche)?

Haben Sie regelmäßige Regelblutungen?

Haben Sie Zwischenblutungen oder Regelschmerzen?

Haben Sie Kinder, wenn ja: spontan geboren oder durch Kaiserschnitt?

Hatten Sie Fehlgeburten?

Wie alt waren Sie bei der letzten Regelblutung (Menopause)?

Sind bei Ihnen Myome, Zysten oder eine Endometriose bekannt?

Nehmen Sie oder haben Sie die Pille genommen, haben oder hatten Sie ein IUP?

Nehmen Sie andere hormonhaltige Präparate z.B. gegen Wechseljahresbeschwerden?

## Schlaf

Ich schlafe meist mehr als 6 Stunden ohne Unterbrechung	ja	nein
Ich gehe oft erst nach Mitternacht schlafen	ja	nein
Ich werde abends meist vor 22:00 müde	ja	nein
Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen / durchzuschlafen	ja	nein
Ich muss nachts zur Toilette (wenn ja: wie oft?)	ja	nein
Ich träume oft lebhaft / ich weiß dass ich schnarche / schlafwandle	ja	nein
Ich bin morgens oft unausgeschlafen und stehe ungern auf	ja	nein

## Sozialanamnese

Was machen Sie beruflich?

Leben Sie in einer Beziehung?

Haben Sie Kinder?

Haben Sie Hobbys?

In welchen Wohnverhältnissen leben Sie?

## Psychologische Anamnese

Haben Sie an sich eines der folgenden Symptome bemerkt (bitte ggf. ankreuzen)?

- Abgeschlagenheit
- Antriebslosigkeit
- Freudlosigkeit
- Weinen Sie manchmal ohne Grund?
- Konzentrationsschwäche / Gedächtnisschwäche / fallen Ihnen Worte oft nicht ein?

- Reizbarkeit
- Ängste (z.B. vor Höhe, Dunkelheit, Enge oder freien Plätzen, Tieren, Menschen, Sterben)
- Erleben Sie Stress?
- Können Sie gut entspannen?
- Haben Sie einen Freundeskreis?
- Sind Sie religiös / spirituell?
- Welche Rolle spielt Sexualität in Ihrem Leben?
- Gab es in letzter Zeit Belastungen (z.B. Trennungen, Todesfälle, Konflikte)?

### **Ernährungsanamnese / Lebensgewohnheiten**

Was nehmen Sie gewöhnlich zu sich zum Frühstück / 1. Mahlzeit:

2. Mahlzeit:

3. Mahlzeit:

Wieviel trinken Sie etwa täglich? Was trinken Sie hauptsächlich?

Ernähren Sie sich vegetarisch oder vegan?

Essen Sie viel Obst oder Gemüse?

Kochen Sie selber oder kaufen Sie eher Convenience Produkte?

Essen Sie viel Fleisch?

Essen Sie viel Fisch, Muscheln oder andere Meeresfrüchte?

Nehmen Sie viel Milchprodukte zu sich?

Essen Sie viel Reis?

Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht vertragen?

Haben Sie Attacken von Heißhunger evtl. auf bestimmte Nahrungsmittel?

Fühlen Sie sich nach dem Essen oft müde und abgeschlagen?

Fasten Sie regelmäßig z.B. Intervallfasten?

Folgen Sie bestimmten Diäten oder Ernährungsrichtlinien?

Neigen Sie zu Blähungen oder Durchfall?

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

Neigen Sie zu saurem Aufstoßen, Oberbauchbeschwerden oder Übelkeit?

Sind Sie mit Ihrem Gewicht zufrieden oder würden Sie gerne zu- oder abnehmen?

Haben Sie ein Haustier oder regelmäßigen Kontakt zu Tieren (z.B. Pferden, Hunden, Katzen, Schweinen, Kühen, Schafen, Vögeln, Nagetieren etc.)?

Sind Sie schon nach Afrika, Asien oder Südamerika gereist? Wenn ja, hatten Sie während oder diesen Reisen Fieber, Durchfall oder andere Symptome?

### **Gesundheit der Mundhöhle**

Haben Sie Zahnfüllungen (Amalgam, Gold, Kunststoff, Keramik)?

Haben Sie Brücken oder tote Zähne?

Haben Sie eine Parodontitis oder Parodontose?

### **Mögliche Toxinbelastung**

Haben Sie Gelenkprothesen oder sonstige Fremdmaterialien im Körper?

Kommen Sie am Arbeitsplatz, im Wohnbereich oder in der Freizeit regelmäßig mit evtl. schädlichen Substanzen in Berührung (z.B. Metalle, Holzschutzmittel, Weichmacher, Pestizide, Mikroplastik, Lacken, Reifen, Abgasen, Benzin o.ä.)?

### **Elektromagnetische Strahlung**

Telefonieren Sie viel mit einem Mobiltelefon?

Reisen Sie oft mit Flugzeugen?

Fahren Sie ein Elektroauto?

Tracken Sie Ihren Schlaf?

Haben Sie nachts ein Handy in der Nähe des Bettes?

Benutzen Sie eine Mikrowelle oder einen Induktionsherd?

### **Frühkindliche Traumata**

Frühkindliche Traumata können einen nachhaltigen Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen haben! Wenn Fragen zu persönlich sein sollten, lassen Sie die Felder leer.

Ist Ihnen bekannt ob Ihre Mutter während der Schwangerschaft psychische (z.B. Depression) oder soziale Probleme hatte? Hat sie geraucht, Alkohol zu sich genommen oder sich schlecht ernährt?

Haben Sie in den ersten 3-4 Lebensjahren eine der folgenden Erfahrungen gemacht:

Körperliche Züchtigung, Beleidigungen, Herabwürdigungen, Vernachlässigung, sexuelle Belästigung, Gewalt?

Gab es in der Familie psychische Erkrankungen, Drogen- oder Alkoholkonsum, Trennungen, Gewalt o.ä.?

**Wie würden Sie Ihre Erwartung an die funktionelle Diagnostik und Behandlung beschreiben?**

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen und für Ihr Vertrauen, Sie auf dem Weg zu einer besseren Gesundheit begleiten zu dürfen!**

