

## Anamnese Fragebogen

Datum \_\_\_\_\_

### Anleitung:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten.

Bitte nehmen Sie sich zum Ausfüllen ausreichend Zeit.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Früher ausgeübte berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_

Körpergewicht \_\_\_\_\_ Körpergröße \_\_\_\_\_

Geburtsanomalien: \_\_\_\_\_

**Derzeitige Beschwerden:** (seit wann – was – wodurch – bisherige Behandlung – Medikamente -  
(bitte kurz und stichwortartig

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

**Was möchten Sie mit einer naturheilkundlichen Behandlung erreichen, was ist Ihr Ziel?**

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

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der jetzigen Beschwerden?**

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente usw.

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

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?**

**Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister**

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne

---

---

**Welche Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen?**

**Bitte Impfausweis mitbringen.**

z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken usw.

---

---

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen

---

---

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Gonorrhö (Tripper), Syphillis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose usw.

---

---

**Gibt es Allergien?**

Nahrungsmittel \_\_\_\_\_

Pollen, Tierhaare usw. / wann \_\_\_\_\_

**Kopf**

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**

Falls ja, häufig – selten – Stirn – Augen – Schläfen – Hinterhauptregion – morgens – abends – halbseitig – links – rechts – doppelseitig

---

**Leiden Sie unter Schwindel?**

Falls ja, häufig – selten – beim Aufstehen – tagsüber – abends –

---

**Haare**

Haarausfall – kreisrund – vereinzelt – seit wann: \_\_\_\_\_

---

**Augen**

Bindehautentzündung – kurzsichtig – weitsichtig – Grauer Star – Macula-Degeneration usw.

---

**Ohren**

Schwerhörigkeit seit: \_\_\_\_\_  rechts  links  beidseitig

Tinnitus seit: \_\_\_\_\_  rechts  links  beidseitig

**Zähne / Kiefer**

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?  Nein  Ja - wann \_\_\_\_\_

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?  Nein  Ja - wann \_\_\_\_\_

**Zahnfüllungsmaterialien**

Amalgam  Kunststoff  Gold  Keramik

**Nase**

Operationen – Nasennebenentzündungen – behinderte Nasenatmung – Nase verstopft

---

**Mandeln**

Operation – häufig Mandelentzündungen als Kind / heute

---

**Schilddrüse**

Überfunktion – Unterfunktion – Vergrößerung – Operation

---

**Brust und Bauch**

**Herz**

Beschwerden – Stechen – Druckgefühl – Infarkt – Beklemmung – Rhythmusstörungen

---

**Lunge**

Bronchitis – häufig Husten

---

**Leber**

Entzündung – Hepatitis

---

**Galle**

Steine – Koliken – Operationen – Druck im Oberbauch – Fettunverträglichkeit

---

**Magen**

Völlegefühl – Gastritis – Appetitlosigkeit – Nahrungsmittelallergien

---

**Darm**

Infektionen – Hämorrhoiden – Blinddarmoperation – Blähungen – Geruch

---

**Stuhlgang**

täglich, jeden 2., 3., 4. Tag, unregelmäßig, riecht nach \_\_\_\_\_

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, *Normale Stuhlkonsistenz: schnittfest*  
Stuhl hell, dunkel, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig, kann Stuhl nicht halten,  
Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw.

**Rücken – Arme – Beine - Haut**

**Arme**

Verletzungen – Schmerzen – Tennisellenbogen – Kribbeln – kalte Hände usw.

---

**Beine**

Verletzungen – Schmerzen – Krampfadern – Operationen – Verletzungen – kalte Füße – Kribbeln –  
Taubheitsgefühl

---

**Rücken**

Beweglichkeit – Verspannungen – Belastungen – Rheuma

---

**Haut / Nägel**

Verbrennungen – Geschwüre – Hautjucken – Warzen – Pilze – eingewachsene Nägel –  
Nagelbettentzündungen

---

**Narben**

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

Ja – bitte unbedingt beim Besuch zeigen – auch kleine \_\_\_\_\_

---

Nein

## Unterleib - Gynäkologie

### Gynäkologie

Ausfluss – Eierstockentzündungen – Ausschabungen – Fehlgeburten – Tumore – Zysten – Myome – Geschlechtskrankheiten usw.

---

### Menstruation

Wann war die erste Menstruation \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Menstruation \_\_\_\_\_

Beschwerden vor – nach – während der Regel – welche \_\_\_\_\_

---

### Klimakterische Beschwerden

Ist Zyklus regelmäßig? \_\_\_\_\_ Zykluslänge \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Verhütungsmittel?**  Nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

### Prostata

vergrößert – Entzündung gehabt – aktuell Beschwerden beim Wasserlassen

---

### Niere / Blase

Nierensteine – Entzündungen – häufig

---

### Harn

viel – wenig – häufig – kann nicht halten – oft und wenig – Geruch: \_\_\_\_\_

---

Allgemeines \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? \_\_\_\_\_ Rauchen Sie? \_\_\_\_\_

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was und wieviel trinken Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen, wie regelmäßig und seit wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Schlaf

Schlaflosigkeit – häufiges Erwachen (Uhrzeit ..... ) – Schwierigkeiten beim Einschlafen – Sprechen im Schlaf – Unruhe in den Beinen - Nachtschweiße – heiße Füße – Zähneknirschen

\_\_\_\_\_

### Schlafzeit

übliches zu Bett gehen \_\_\_\_\_

übliches Aufstehen \_\_\_\_\_

### Schmerzfragen

Wo treten die Schmerzen auf? – Bitte kennzeichnen

Kreuz = punktförmiger Schmerz  
Linie = unklare Schmerzlokalisierung  
Pfeil = ausstrahlender Schmerz

**Wie stark schätzen Sie den Hauptschmerz auf einer Skala von 1 – 10 ein?** \_\_\_\_\_

**Seit wann bestehen die Schmerzen?** \_\_\_\_\_

**Wie oft haben Sie die Schmerzen?**

immer – mehrmals am Tag – alle paar Tage – wöchentlich – seltener \_\_\_\_\_

**Wie ist das Schmerzempfinden?**

Ziehend – brennend – stechend – klopfend – drückend – krabbelnd – reißend – kolikartig – krampfend  
– dumpf – beengend – bohrend \_\_\_\_\_

**Welche Ereignisse verschlimmern?**

körperliche Belastung – längeres Stehen – Sitzen – Gehen – Stress – Kälte – Wärme –  
Nahrungsmittel – Husten – Niesen – Tageszeit \_\_\_\_\_ - Wetterlage – Monatsblutung

**Welche Ereignisse verbessern?**

Ruhe – Schlaf – Bewegung – Kälte – Wärme – Sport – Schmerzmittel – Urlaub

**Andere Symptome zum Schmerz:**

Hautrötung – Blässe – Schwellung – Berührungsempfindlichkeit – Schweißbildung – Seh- oder  
Hörstörungen – Gangunsicherheit – Muskelschwäche – Müdigkeit – Schwindel –  
Bewegungseinschränkung

**Schmerzbehandlung bisher, was haben Sie gemacht?**

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?**

Bitte Beipackzettel oder Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel angeben.

**Chronologie der Krankengeschichte**

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben

---

---

---

---

---

---

---

---