



RUDOLF SACHER

Praxis für Naturheilkunde und Osteopathie

Anamnesebogen

Patient: Name, Vorname, Geburtsdatum

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? Bitte die drei Hauptbeschwerden angeben.

1.
2.
3.

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer Beschwerden?

Z.B. Krankheit, Kummer, Trauer, Schreck, OP, Allergie, Medikamente, Unfall, etc.

Gibt es eine Schulmedizinische Diagnose?

Was für Medikamente werden regelmäßig eingenommen?

Bitte bringen Sie alle Medikamente, Pflanzenmittel, Homöopathika und Nahrungsergänzungsmittel etc. (Tagesdosis) mit, die regelmäßig eingenommen werden.

Wurden Erkrankungen bei Ihnen schon einmal mit Antibiotika/Kortison Chemotherapie behandelt?

JA

NEIN

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

Großeltern, Eltern, Geschwister z. B. Krebs, Depression, Selbstmord, Epilepsie, Herz-Kreislaufkrankungen, Gefäßerkrankungen, Rheuma, Arthrose, Gicht etc.

Welche Besonderheiten gab es während Ihrer Schwangerschaft?

z.B. im Bauch Ihrer Mutter, bei Ihrer Geburt und in der frühen Kindheit

In welcher Umgebung sind Sie aufgewachsen?

(in der Stadt, auf dem Land, evtl. im Ausland)

Waren Sie schon einmal im Ausland? (außerhalb Europa) Wenn ja – wann und wo?

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?
(Kinderkrankheiten, z. B. Windpocken, Keuchhusten, Röteln, etc.)

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

Gab es Reaktionen auf Impfungen? Falls ja, welche?

Bestehen (oder bestanden) Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten wie Eier, Fisch, Weizen, Gluten, Hausstaub, Pollen etc.?

Hatten Sie Operationen? (evtl. markieren)

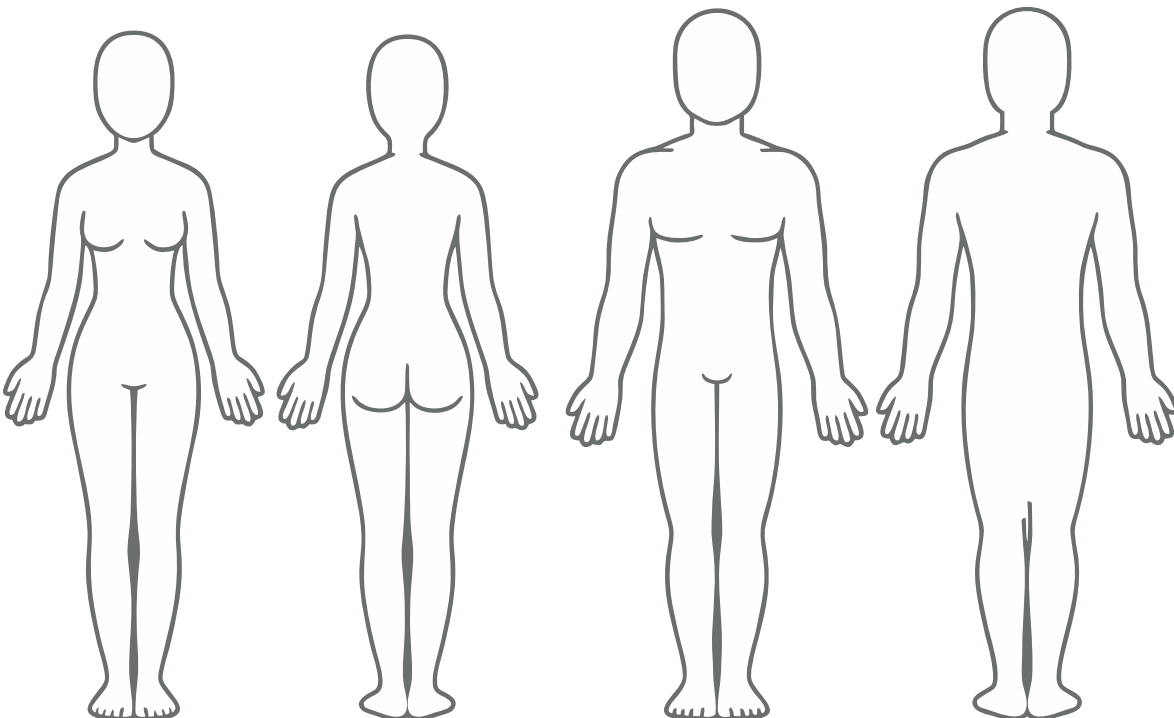
JA NEIN

Hatten Sie Knochenbrüche oder Sehnenrisse? (evtl. markieren)

JA NEIN

Haben Sie Narben (auch kleine) Tattoos oder Piercings? (evtl. markieren)

JA NEIN



Blutwerte: Wenn sie ein aktuelles Labor (bis zu einem Jahr) - Blutbild und oder Blut-Chemiewerte haben, bitte unbedingt mitbringen.

Blutdruck: Höhe und wann gemessen?

Puls:

Energie /Schlaf – Bitte zutreffendes ankreuzen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Häufiges nächtliches Erwachen (Uhrzeit): | <input type="checkbox"/> Ein- und Durchschlafschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Erholsam | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß |
| <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen |
| <input type="checkbox"/> Heiße Füße | <input type="checkbox"/> Chronische Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafmittel | |

Träume – Bitte zutreffendes ankreuzen:

- schrecklich schön oder keine Erinnerung

Trinken Sie genügend (Wasser, Tee)?

- JA NEIN

Wie viel Liter pro Tag?

Rauchen Sie:

- JA NEIN NICHT MEHR

Zigaretten pro Tag?	Seit welchem Lebensalter?	Für wie lange?	Wann aufgehört?
---------------------	---------------------------	----------------	-----------------

Trinken Sie Alkohol?

- JA NEIN

Wenn ja, wie häufig und was?

Häuslicher Bereich: Wie viele Elektrogeräte befinden sich im Schlafbereich?

Sind geopathische Störfelder bekannt?

Bestehen Berufliche / private Exposition gegenüber Chemikalien, Lösungsmittel, Schwermetalle, Strahlungen?

Haben oder hatten Sie Haustiere?

- JA NEIN Wenn ja, welche?

Welche Sportarten betreiben Sie und wie häufig?

Fitnesszustand:

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

Falls ja, wie häufig und wie intensiv, welche Region, Stirn Augen-Schläfen-Hinterkopffregion?

Leiden Sie unter Schwindel oder Ohnmachtsanfälle?

JA

NEIN

Ohren: Bestehen Probleme mit den Ohren, Mittelohrentzündungen, Sekrete, Schwerhörigkeit, Schmerzen, Geräusche Tinnitus?

Augen: Bestehen öfters Probleme mit den Augen, Bindehautentzündung, grauer Star, Kurz- oder Weitsichtigkeit usw.?

Nebenhöhlen: Operationen, Häufige Sinusitis?

Hals / Mandeln: OP, häufige Mandelentzündungen als Kind/ heute, Halsschmerzen, Schluckbeschwerden, Kloßgefühl, Heiserkeit?

Schilddrüse: Über - / Unterfunktion, Vergrößerung, Knoten, Operationen?

Arme: geschwollene Gelenke, eingeschlafen der Hände, zittern der Hände, Operationen, Bewegungseinschränkung, Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände, Karpaltunnelsyndrom?

Beine: Verletzungen, Schmerzen oder Krämpfe, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden, geschwollene Beine, Knie oder Hüftprobleme?

Sprunggelenke: Schmerzen, leichtes Umknicken, Operationen geschwollene Knöchel, Neigung zu eingewachsenen Zehennägeln, tragen Sie Einlagen, welche Schuhe benutzen Sie?

Rücken: Verspannungen, Rheuma, Schmerzen, Bandscheibenprobleme, Ischias, Skoliose Hohlkreuz, Buckel, Operationen?

Muskulatur: Geh und Gangstörungen, ungewöhnlich Zuckungen, unkoordinierte Bewegungen, Muskelschmerzen, Muskeler schlaffung?

Haut / Haare / Nägel: Hautveränderungen, Hautjucken, Ausschläge, Warzen, Pilze, Entzündungen, Ekzeme, Akne, Psoriasis, Neurodermitis, schlecht heilende Wunden?

Hautallergien auf (Creme usw.)?

Bestand bzw. besteht Haarausfall und/oder Schuppenbildung?

JA

NEIN

ZÄHNE

Oberkiefer

18 - 17 - 16 - 15 - 14 - 13 - 12 - 11

li | re

21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28

Unterkiefer

48 - 47 - 46 - 45 - 44 - 43 - 42 - 41

li | re

31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38

Alle 8er sind Weisheitszähne

Weisheitszähne gezogen?

JA - Welche? -----

NEIN

Wurzelbehandelte Zähne?

JA - Welche? -----

NEIN

Gibt es tote Zähne?

JA - Welche? -----

NEIN

Empfindliche Zähne?

JA - Welche? -----

NEIN

Amalgamfüllungen vorh.?

JA - Welche? -----

NEIN

Amalgamfüllungen entfernt?

JA - Welche? -----

NEIN

Gibt es Brücken?

JA - Welche? -----

NEIN

Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?

JA

NEIN

Knirscherschiene?

JA

NEIN

Zahnfüllungen aktuell

Amalgam Kunststoff Gold

Keramik Implantate Andere

Beschwerden bei der Zahnung (bei Kindern)?

JA

NEIN

Wann war die letzte Zahnbehandlung?

In welcher Position wurde der Biss kontrolliert?

Liegend

Sitzend

ALLGEMEIN

Psychisch: Haben Sie Ängste, Sorgen oder leiden Sie unter psychischen Problemen?

- JA NEIN

Chronologische Krankheitsgeschichte und sonstige wichtige Aspekte:

--

NUR FÜR MÄNNER:

Prostatata: vergrößert, Entzündungen, Probleme beim Wasserlassen, häufiges nächtliches Wasserlassen?

- JA NEIN

Allgemein: Potenzstörungen, Sterilität.

- JA NEIN

NUR FÜR FRAUEN:

Periode:

Wann war die erste?	Wann war die letzte? (für Frauen in der Menopause)
---------------------	--

Geburten (bitte mit Jahreszahl angeben): Gab es Komplikationen; Dammschnitt, Zangengeburt, Kaiserschnitt?

--

Haben / hatten Sie Tumore, Zysten, Myome, Ausschabungen, Fehlgeburten?

- JA NEIN

Haben Sie Beschwerden vor und nach der Regelblutung, Zwischenblutungen?

- JA NEIN

Brustdrüse: Haben oder hatten Sie Beschwerden, Operationen, Knoten, Zysten?

- JA NEIN

Haben Sie klimakterische Beschwerden?

- JA NEIN

Nehmen Sie Verhütungsmittel, welche, seit wann?

- JA NEIN