



## Anamnese – Fragebogen

Liebe Patientin,  
lieber Patient,

in der Naturheilkunde, sowie auch in der TCM (Traditionell Chinesische Medizin) ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes vor der Behandlung von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für ein Ungleichgewicht zu ergründen.

**Bitte senden Sie mir nach Möglichkeit vorab den ausgefüllten Fragebogen per Mail oder auch per Post zu.**

Alle Angaben unterliegen der Verschwiegenheitspflicht und den strengen Bestimmungen der Datenschutzgesetze. Vielen Dank!

Anrede \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_ Tel. priv. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

PLZ – Ort \_\_\_\_\_ Versicherungsart:

Beruf \_\_\_\_\_  Gesetzlich (AOK, DAK usw.)

Geboren \_\_\_\_\_  Privat-Versicherung

Hausarzt \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ Körpergewicht \_\_\_\_\_ Blutgruppe \_\_\_\_\_

### Was sind Ihre momentanen Hauptbeschwerden?

Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Kummer, Medikamente, Impfungen, etc.?

#### 1. Zur Person

Was ist Ihr Wunsch bzw. wie wäre das Bild Ihres optimalen Gesundheitszustandes positiv formuliert?

Leiden Sie an Bluthochdruck? Wert \_\_\_\_\_  ja  nein

Rauchen Sie /Anzahl Zigaretten/ Tag \_\_\_\_\_?  ja  nein

Trinken Sie Alkohol?  gelegentlich  ja  nein

Welchen regelmäßigen Sport treiben Sie? Wie oft pro Woche \_\_\_\_\_  ja  nein

Haben Sie derzeit Stress?  ja  nein



Welche Vorerkrankungen sind bekannt? Bitte ankreuzen.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen     | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen     | <input type="checkbox"/> Hautkrankheit           |
| <input type="checkbox"/> Depression            | <input type="checkbox"/> Gicht                  | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung       | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Gallensteine            |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen | _____   |  |

Gab es in den vergangenen Jahren Operationen?  nein  ja Welche, in welchem Jahr?

## 2. Schlafverhalten

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> normal/ unauffällig  | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit                  | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf                |
| <input type="checkbox"/> schnarchen           | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen | <input type="checkbox"/> häufiges Erwachen (Uhrzeit _____) |
| <input type="checkbox"/> Träume               | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß                     | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe                       |
| <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen                   | <input type="checkbox"/> morgens gut raus                  |
| <input type="checkbox"/> heiße Füße           |   |  |

Schlafzeit: übliches zu Bett gehen \_\_\_\_\_ übliches Aufstehen \_\_\_\_\_

## 3. Energiepegel

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1-3 total erschöpft | <input type="checkbox"/> 8-10 sehr fit      | <input type="checkbox"/> nach Essen müde dann Ausruhen gut |
| <input type="checkbox"/> 4-6 erschöpft       | <input type="checkbox"/> Tagesform abhängig | <input type="checkbox"/> nach Essen müde Bewegung gut      |
| <input type="checkbox"/> 7 geht so / gut     | <input type="checkbox"/> nach Essen fit     |  |

## 4. Temperatur

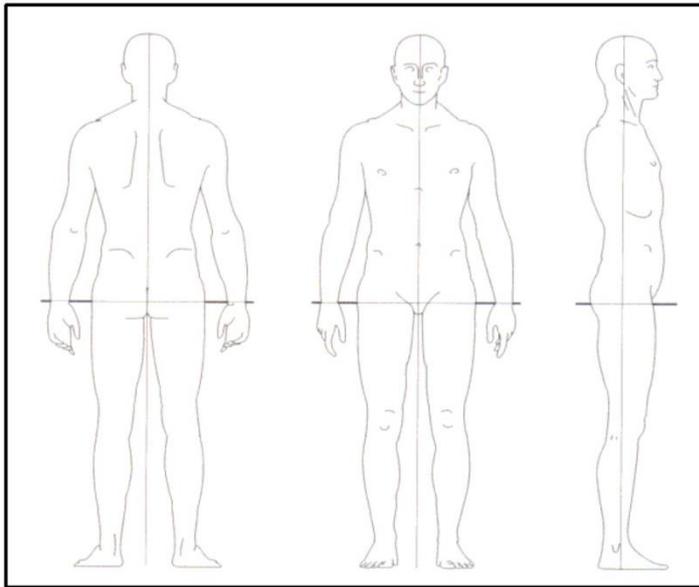
- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> immer kalt        | <input type="checkbox"/> immer warm                          | <input type="checkbox"/> bevorzuge Frühling    |
| <input type="checkbox"/> kalt an Händen    | <input type="checkbox"/> Hitzewallung                        | <input type="checkbox"/> bevorzuge Sommer      |
| <input type="checkbox"/> kalt an Füßen     | <input type="checkbox"/> Kopf warm                           | <input type="checkbox"/> bevorzuge Herbst      |
| <input type="checkbox"/> Kopf kalt         | <input type="checkbox"/> Schwitzen, Wann? _____<br>Wo? _____ | <input type="checkbox"/> bevorzuge Winter      |
| <input type="checkbox"/> Wind empfindlich  |  | <input type="checkbox"/> mag alle Jahreszeiten |
| <input type="checkbox"/> Kälte empfindlich |  |  |
| <input type="checkbox"/> Nässe empfindlich |  |  |
| <input type="checkbox"/> Hitze empfindlich |  |  |

## 5. Schmerzen

5.1. Wo? Seit wann? Gab es ein auslösendes Ereignis?



Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen



Kreuz - punktförmiger Schmerz

Linie - unklare Schmerzlokalisierung

Pfeil - ausstrahlender Schmerz

**Schmerzskala für den Hauptschmerz**

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

schwach mittel sehr stark

5.2. Wie oft haben Sie Schmerzen?

- immer  
 wöchentlich

- mehrmals am Tag  
 seltener

- alle paar Tage  
 Sonstige \_\_\_\_\_

5.3 Wie ist Ihr Schmerzempfinden?

- ziehend  
 klopfend  
 kolikartig  
 beengend

- brennend  
 drückend  
 krampfend  
 bohrend

- stechend  
 reißend  
 dumpf  
 Sonstige \_\_\_\_\_

5.4. Welche Ereignisse verschlimmern Ihre Schmerzen?

- körperliche Belastung  
 gehen  
 Wärme  
 Monatsblutung  
 Wind

- längeres Stehen  
 Stress  
 Nahrungsmittel  
 Wetterlage  
 Nachts schlimmer

- längeres Sitzen  
 Kälte  
 Husten/ Niesen  
 best. Tageszeit \_\_\_\_\_

5.5. Welche Maßnahmen verbessern Ihren Schmerzzustand?

- Ruhe  
 Wärme  
 Urlaub

- Schlaf  
 Sport / Bewegung  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

- Kälte  
 Schmerzmittel

5.6. Leiden Sie zusätzlich zum Schmerz noch unter anderen Symptomen?

- Hautrötung  
 Berührungsempfindlichkeit  
 Gangunsicherheit  
 Schwindel

- Blässe  
 Schweißbildung  
 Muskelschwäche  
 Bewegungseinschränkung

- Schwellung  
 Seh-od. Hörstörung  
 Müdigkeit  
 Sonstiges \_\_\_\_\_



## 6. Appetit

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> gut             | <input type="checkbox"/> Vorliebe süß    | <input type="checkbox"/> immer warm essen  |
| <input type="checkbox"/> schlecht        | <input type="checkbox"/> Vorliebe scharf | <input type="checkbox"/> immer kalt essen  |
| <input type="checkbox"/> immer Hunger    | <input type="checkbox"/> Vorliebe bitter | <input type="checkbox"/> nur eine Mahlzeit |
| <input type="checkbox"/> nie Hunger      | <input type="checkbox"/> Vorliebe sauer  | <input type="checkbox"/> drei Mahlzeit     |
| <input type="checkbox"/> Essen vergessen | <input type="checkbox"/> Vorliebe salzig | <input type="checkbox"/> fünf Mahlzeit     |

## 7. Ernährung

8.1. Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?  ja  nein

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> vegetarisch  | <input type="checkbox"/> vegan           | <input type="checkbox"/> makrobiotisch |
| <input type="checkbox"/> ohne Fleisch | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |  |

Wie viel Kaffee trinken Sie pro Tag?

Was essen Sie am liebsten?

Haben Sie auffällige Gewichtsschwankungen? Kilo \_\_\_\_\_  ja  nein

8.2. Was essen Sie an einem "durchschnittlichen" Tag?

Morgens: Uhrzeit:	Zwischenmahlzeit: Uhrzeit:	Mittags: Uhrzeit:	Zwischenmahlzeit: Uhrzeit:	Abends: Uhrzeit:
🕒 _____	🕒 _____	🕒 _____	🕒 _____	🕒 _____

## 8. Verdauung / nach dem Essen

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl                | <input type="checkbox"/> sofort auf die Toilette    | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen       |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen, Magen schmerzt | <input type="checkbox"/> sofort Durchfall           | <input type="checkbox"/> Blutzuckerschwankung |
| <input type="checkbox"/> nicht satt geworden        | <input type="checkbox"/> Blähungen                  | <input type="checkbox"/> Gallenkoliken        |
| <input type="checkbox"/> sofort wieder Hunger       | <input type="checkbox"/> Übelkeit                   | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen        |
| <input type="checkbox"/> Aufstoßen                  | <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit auf..... |   |
|   | <input type="checkbox"/> Gluten                     | <input type="checkbox"/> Saccharose           |
|   | <input type="checkbox"/> Laktose                    | <input type="checkbox"/> Sorbitol             |
|   | <input type="checkbox"/> Fruktose                   | <input type="checkbox"/> Ei                   |
|   |   | <input type="checkbox"/> Histamin             |
|   |   | <input type="checkbox"/> Sonstige _____       |



## 9. Stuhlgang

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang 1. täglich       | <input type="checkbox"/> riecht nach _____           | <input type="checkbox"/> Verstopfung        |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang 2-3. täglich     | <input type="checkbox"/> Vermehrt Blähungen          | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden       |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang jeden 2.3.4. Tag | <input type="checkbox"/> Durchfall (explosionsartig) | <input type="checkbox"/> Blinddarm entfernt |
| <input type="checkbox"/> Stuhlgang 3-5 täglich      |  |   |

### 10.1. Konsistenz des Stuhls

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> schnittfest             | <input type="checkbox"/> Stuhl hell            | <input type="checkbox"/> Stuhl dunkel                   |
| <input type="checkbox"/> übel riechend (Ei)      | <input type="checkbox"/> hart                  | <input type="checkbox"/> knollig                        |
| <input type="checkbox"/> weich                   | <input type="checkbox"/> schmierig             | <input type="checkbox"/> pastenartig                    |
| <input type="checkbox"/> kann Stuhl nicht halten | <input type="checkbox"/> Stuhlgang wechselhaft | <input type="checkbox"/> Gefühl, nicht fertig zu werden |
| <input type="checkbox"/> Unverdautes im Stuhl    | <input type="checkbox"/> viel Toilettenpapier  | <input type="checkbox"/> mit Klobürste nachreinigen     |

## 10. Durst / Trinkverhalten

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> normal ca. ____ Liter | <input type="checkbox"/> gerne warm / heiß                 | <input type="checkbox"/> Alkohol macht müde    |
| <input type="checkbox"/> trinke den ganzen Tag | <input type="checkbox"/> gerne kalt / eiskalt              | <input type="checkbox"/> Alkohol macht lustig  |
| <input type="checkbox"/> muss mich zwingen     | <input type="checkbox"/> Kaffee macht wach                 | <input type="checkbox"/> Alkohol macht wütend  |
| <input type="checkbox"/> kein Durstgefühl      | <input type="checkbox"/> Kaffee zum auf die Toilette gehen | <input type="checkbox"/> trinke keinen Alkohol |

## 11. Urin

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Häufigkeit tags ____   | <input type="checkbox"/> fließt nicht gut      | <input type="checkbox"/> Brennen                |
| <input type="checkbox"/> Häufigkeit nachts ____ | <input type="checkbox"/> kann nicht halten     | <input type="checkbox"/> Blasenentzündung       |
| <input type="checkbox"/> fließt gut             | <input type="checkbox"/> Geruch auffällig nach | <input type="checkbox"/> Nierenbeckenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Menge normal           | <input type="checkbox"/> Menge zu viel         |   |

## 12. Atemtrakt

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit | <input type="checkbox"/> Allergie Pollen    | <input type="checkbox"/> immer laufende Nase |
| <input type="checkbox"/> häufig Bronchitis  | <input type="checkbox"/> Allergie Tierhaare | <input type="checkbox"/> trockene Nase       |
| <input type="checkbox"/> Asthma             | <input type="checkbox"/> Allergie Hausstaub | <input type="checkbox"/> sonstiges           |
| <input type="checkbox"/> Husten             | <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen   |  |

## 13. Haut / Nägel / Augen

### 14.1. Haut

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> trockene Haut  | <input type="checkbox"/> Neurodermitis    | <input type="checkbox"/> Kopfhaut trocken |
| <input type="checkbox"/> viel eincremen | <input type="checkbox"/> Psoriasis        | <input type="checkbox"/> Akne             |
| <input type="checkbox"/> fettige Haut   | <input type="checkbox"/> Rosacea          | <input type="checkbox"/> Hautjucken       |
| <input type="checkbox"/> normale Haut   | <input type="checkbox"/> Kontaktallergien | <input type="checkbox"/> Verbrennungen    |

### 14.2. Nägel

- |  |                                 |  |
|--|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> trockene/ Risse       | <input type="checkbox"/> Pilze  | <input type="checkbox"/> eingewachsene Nägel |
| <input type="checkbox"/> Nagelbettentzündungen | <input type="checkbox"/> Warzen | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____     |

### 14.3. Augen

- |                                  |                                     |   |
|----------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> tränen  | <input type="checkbox"/> Ödeme      | <input type="checkbox"/> Schleimhäute trocken |
| <input type="checkbox"/> gerötet | <input type="checkbox"/> Augenringe | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____      |



## 14. Gynäkologie

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ausfluss               | <input type="checkbox"/> Zysten                 | <input type="checkbox"/> Ausschabungen   |
| <input type="checkbox"/> Vaginose (Bakterien)   | <input type="checkbox"/> Eierstockentzündungen  | <input type="checkbox"/> Fehlgeburten    |
| <input type="checkbox"/> Vaginalmykosen (Pilze) | <input type="checkbox"/> Tumore                 | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt   |
| <input type="checkbox"/> Myome                  | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

- 15.1. Wie verläuft/verlief Ihr Zyklus?  regelmäßig  unregelmäßig  schmerzhaft
- 15.2. Wie lang ist die durchschnittliche Zyklusdauer?  23-26  27-30  30-35
- 15.3. Menstruationsblutung  leicht  normal  stark / Dauer/Tagen \_\_\_\_\_
- 15.4. Menstruationsbeschwerden  davor  währenddessen  keine
- 15.5. Menstruationsblutung  dunkelrot  frisches rot  Klumpen  klebrig
- 15.6. Nehmen Sie Verhütungsmittel ein?  ja...Welche? \_\_\_\_\_  nein
- 15.7. Anzahl der Schwangerschaften: \_\_\_\_\_ Anzahl der Geburten: \_\_\_\_\_
- 15.8. Unerfüllter Kinderwunsch? Seit wann \_\_\_\_\_  ja  nein
- 15.9. Versuch einer künstlichen Befruchtung? Seit wann \_\_\_\_\_  ja  nein

## 15. Emotionen / Psyche

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> zufrieden     | <input type="checkbox"/> ängstlich             |
| <input type="checkbox"/> entspannt    | <input type="checkbox"/> leicht wütend | <input type="checkbox"/> gut gelaunt, fröhlich |
| <input type="checkbox"/> ruhelos      | <input type="checkbox"/> nervös        | <input type="checkbox"/> ärgerlich             |
| <input type="checkbox"/> oft traurig  | <input type="checkbox"/> weinerlich    | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____       |

Befinden Sie sich in Psychotherapeutischer Behandlung?  ja  nein

Seit wann?                      Weshalb?

Liegt ein Suchtverhalten vor?  ja  nein

- |                                     |  |                                     |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alkohol    | <input type="checkbox"/> Zigaretten      | <input type="checkbox"/> Sexualität |
| <input type="checkbox"/> Drogen     | <input type="checkbox"/> Medikamente     | <input type="checkbox"/> Computer   |
| <input type="checkbox"/> Essstörung | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | <input type="checkbox"/> Arbeit     |

## 16. Medikamente

Wann haben Sie das letzte Mal Antibiotika oder Antimykotika (Pilzmittel) genommen?

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Welche Nahrungsergänzung/ Vitamine nehmen Sie aktuell ein?

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vitamin D3  | <input type="checkbox"/> Multivitamin Präparat | <input type="checkbox"/> Omega 3         |
| <input type="checkbox"/> Vitamin B12 | <input type="checkbox"/> Vitamin C             | <input type="checkbox"/> Algen           |
| <input type="checkbox"/> Eisen       | <input type="checkbox"/> Zink                  | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |



## 17. Familien-Anamnese

Die Chronologie der Krankheiten einer Familie spielt bei der Anamnese eine entscheidende Rolle, aus der sich wichtige Zusammenhänge ableiten lassen können, um diese zu erkennen bitten ich Sie nachfolgende Graphik auszufüllen. z.B. Brustkrebs, häufig Blasenentzündung, Darmkrebs, Suchterkrankungen, Allergien, Operationen, Herzkrankheiten, Fehlgeburten, Bluthochdruck, Diabetes, Lebererkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Tumorerkrankungen, etc.

Bitte beschreiben Sie in einem Satz, die wichtigsten Merkmale Ihrer Familiengeschichte:

