



Funktionelle Medizin & Naturheilkunde Leipzig

Anamnesebogen

Name:	Vorname:
Geb.- Datum:	
Adresse:	
E-Mail:	Telefon:
Größe:	Gewicht:
Hausarzt:	

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Erkrankungen der Familie	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck			
Diabetes			
Herzinfarkt			
Schlaganfall			
Krebserkrankung (welche?)			
Neurodermitis/ Allergie/ Asthma			
Depression/ Nervenleiden			
Andere wichtige Erkrankungen			

Eigene Erkrankungen	Wann/ seit wann?	Eigene Erkrankungen	Wann/ seit wann?
Bluthochdruck		Schilddrüsenerkrankung	
Herzinfarkt		Nierenerkrankung	
Koronare Herzkrankheit		Chronische Darmerkrankungen	
Schlaganfall		Lebererkrankungen	
Herzrhythmusstörungen		Rheuma	
Thrombose		Hörsturz/ Tinnitus	
Lungenembolie		Depression/ Nervenleiden	
Diabetes mellitus		Neurodermitis	
Asthma		Heuschnupfen	
COPD/ Emphysem		Andere Allergien	
Reizdarm		Der letzte Allergietest war im Jahr:	
Krebserkrankung, welche?			
Anderen Erkrankungen?			

Gab es Operationen, welche?	Wann?

Gab es Frakturen? (Knochenbrüche) Wo?	Wann?

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?			
Blutzuckerwerte	Cholesterin	Eisenmangel	Blutarmut
Entzündungswerte	Leberwerte	Nierenwerte	Schilddrüsenwerte

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden?			
Gewichtsverlust	Nervosität	Infektanfälligkeit	Schwäche
Immunschwäche	Hyperaktivität	Gliederschmerzen	Müdigkeit am Tage
Wundheilungsstörung	Lärmempfindlichkeit	Herzmuskelschwäche	Schlafstörungen
Kalte Füße	Geringe Stresstoleranz	Erhöhtes Frakturrisiko	Schlaf-Apnoe
Gier nach Süßes	Muskelkrämpfe	Wachstumsstörungen	Schnarchen
Reizmagen	Migräne	Hyperparathyreoidismus	Kurzatmigkei
Fettstühle	Lidzucken	Erhöhte Sturzgefahr	Schwindel
Ruhepuls 80-100	Kribbeln/ Taubheit	Skoliosen	blasse Haut
Bluthochdruck	Koliken	Fehlstellungen der Zähne	Sehvermögen verschle.
Niedriger Blutdruck	Obstipation/ Verstopfung	Milchzähne verspätet	Blutarmut
Unterschenkelödeme	Tremor	Insulinsekretion ↓	Parästhesien
Gefäßverkalkungen	Herzrythmusstörungen	Osteoporose	Gangunsicherheit
Migräne	Geburtsgewicht ↓	Triglyzeride ↑	Gedächtnisstörungen
Kopfschmerz	Entzündungswerte ↑	Typ 1 Diabetes	Konzentrationsstörungen
Tinnitus	Erhöhte Frühgeburtsrate	Hypertonie	Depress. Verstimmungen
Nächtlicher Harndrang	Haarausfall	Nächtl. Zähneknirschen	Depressionen
	Gehäuftes Wasserlassen	Rückenschmerzen	Halluzinationen
	Heißhungerattacken	Engegefühl der Brust	Psychosen
	Appetitlosigkeit	Hautprobleme	brennende Zunge
	Mundgeruch	Gelbfärbung der Haut	Reizbarkeit
	Nachtschweiß	Blasenentzündungen	Ängstlichkeit
Vermehrte Gallensteinbildung	Schilddrüsenunterfunktion	Nahrungsmittelunverträglichkeiten	Störung des Hormonhaushaltes

Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden								
Wie oft haben Sie Stuhlgang?		mal pro Tag		mal pro Woche				
Konsistenz des Stuhls überwiegend		hart		normal		breiig	Durchfall	wechselnd
Verdauungsbeschwerden	fast nie		ab und zu		häufig		fast immer	derzeit
Blähungen								
Völlegefühl								
Übelkeit								
Erbrechen								
Aufstoßen								

Antibiotikabehandlung

In Ihren ersten 5 Lebensjahren insgesamt:mal	In den Letzten 10 Jahren insgesamt:mal
---	----------	-------------------------------------	----------

Rauchgewohnheiten

Ich bin Nichtraucher		Jahre rauche ich	
Zigaretten rauche ich durchschnittlich pro Tag		Zigaretten rauchte ich pro Tag	Jahre rauche ich nicht mehr

Veränderung des Körpergewichtes/ Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:

mein Gewicht kaum verändert	kg abgenommen	kg zugenommen
-----------------------------	---------------	---------------

Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein	ja	mal pro Woche	Welche Sportart?
------	----	---------------	------------------

Tragen Sie Amalgamfüllungen?**Hatten Sie früher Amalgamfüllungen?**

Haben Sie Implantate?	Überkronte Zähne?	Wurzelgefüllte/ tote Zähne?
-----------------------	-------------------	-----------------------------

Wie oft essen/ trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal täglich	mehrfach täglich
Milch					
Quark/ Joghurt					
Käse					
Eier					
Brot/ Brötchen					
Müsli					
Nudeln					
Süßigkeiten					
Fleisch					
Fisch					
Wurst					
Gemüse					
Obst					
Kaffee					
Tee					
Wasser/ mit					
Ohne Kohlensäure					
Fruchtsäfte					
Süßgetränke					
Bier (Gläser)					

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengefasst)?	Liter
--	-------

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?**Wie wurden Sie geboren?**

spontane Geburt	per Kaiserschnitt	weiß ich nicht
-----------------	-------------------	----------------

Wurden Sie gestillt?	Ja	Nein
----------------------	----	------

Gab es Geburtskomplikationen?	Ja	Nein
-------------------------------	----	------

