



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/ Heilpraktiker _____

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

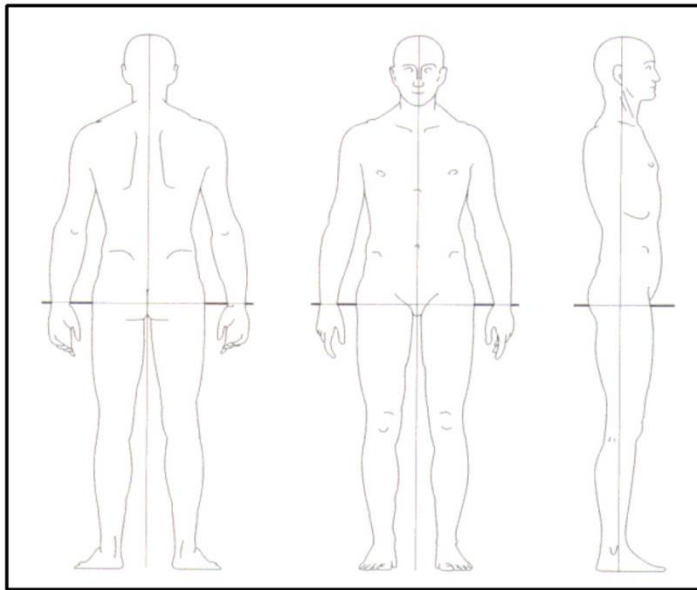
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> immer kalt | <input type="checkbox"/> immer warm | <input type="checkbox"/> bevorzuge Frühling |
| <input type="checkbox"/> kalt an Händen | <input type="checkbox"/> Hitzewallung | <input type="checkbox"/> bevorzuge Sommer |
| <input type="checkbox"/> kalt an Füßen | <input type="checkbox"/> Kopf warm | <input type="checkbox"/> bevorzuge Herbst |
| <input type="checkbox"/> Kopf kalt | <input type="checkbox"/> Schwitzen, Wann? _____
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:

